保育所等における園内研修認定申請書

**別紙１別添１様式第１号**

年　月　日

静岡県知事　氏　　名　様

施設・事業所名：

施設・事業所の所在地：

設置者名：

下記のとおり園内研修を実施したいので、処遇改善等加算Ⅱに係る研修修了要件に該当する研修として認定されるよう申請します。

記

１　研修の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 | ○○○○研修 |
| 実施日時 | ○年○月○日○時～○時（休憩等を除く実研修時間：○時間） |
| 受講予定者数 | 〇人 |

２　研修内容等

|  |  |
| --- | --- |
| 研修分野 |  |
| 研修の目的 |  |
| 研修内容 |  |

３　研修の講師

|  |  |
| --- | --- |
| 講師氏名 |  |
| 講師肩書 |  |
| 選定理由 |  |
| 講師区分 | 該当するア～エに○をつけること。  ア　指定保育士養成施設の教員  イ　国及び全国団体が主催する研修において担当する分野に係る講義の経験がある者  ウ　静岡県保育連合会及び静岡県保育士会が主催する研修において、担当する分野に係る講義の経験がある施設長、主任保育士  エ　保育士等キャリアアップ研修において、担当する分野に係る講義の経験がある者 |

申請書作成者：

電話番号：

**別紙１別添１様式第２号**

文　書　番　号

年　　月　　日

申請者　様

静岡県知事　氏　　名　印

保育所等における園内研修の認定通知書

　○○年○月○日付けで申請がありました保育所等における園内研修について、処遇改善等加算Ⅱに係る研修修了要件に該当する研修として下記のとおり認定します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 実施施設・事業所 |  |
| 研修日時 | ○年○月○日○時～○時（休憩等を除く実研修時間：○時間） |
| 研修分野 |  |
| 認定番号 | 00こ未0000H |

担　　当：健康福祉部こども未来局

こども未来課保育班

電話番号：054-221-3758

別紙１別添１　様式第２号

保育所等における園内研修実施報告書

**別紙１別添１様式第３号**

年　月　日

静岡県知事　氏　　名　様

施設・事業所名：

施設・事業所の所在地：

設置者名：

　下記のとおり園内研修を実施したので、関係書類を添えて報告します。

記

１　研修の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 | ○○○○研修 |
| 実施日時 | ○年○月○日○時～○時（休憩等を除く実研修時間：○時間） |

２　研修の修了者

|  |  |
| --- | --- |
| 修了者氏名 | 修了者氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(添付資料)

研修資料等の研修の目的・内容が確認できる書類

報告書作成者：

電話番号：

保育所等における園内研修修了証

**別紙１別添１参考様式**

　修了者の氏名：

あなたは、下記の園内研修を修了したことを証明する。

なお、本研修は静岡県から処遇改善等加算Ⅱに係る研修修了要件に該当する研修として認定された研修である。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 |  |
| 研修日時 | ○年○月○日○時～○時（休憩等を除く実研修時間：○時間） |
| 研修分野 |  |
| 認定番号 | 00こ未0000H |
| 備　　考 |  |

年 月 日

施設・事業所名：

施設・事業所の所在地：

代表者役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　印