令和　　年　　　月　　　日

**東京都子育て支援員研修「地域保育コース」**

**見学実習受入同意書**

東京都知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　標記研修について、下記のとおり見学実習先として、受け入れることに同意します。

　なお、勤務日とは別の日を見学実習の日とすることとし、受講希望者が見学実習に専念できるようにします。

　　 フ　リ　ガ　ナ

１　受講希望者氏名

２　受入事業所名

３　受入事業所所在地　　　東京都

４　電話番号

５　事業種別（ 小規模保育 ・ 家庭的保育 ・ 事業所内保育 ・ 認可保育所 ・ 認定こども園　）

　　　　　　　 　　　　　　　（国制度）　　 　　　 （０～２歳児クラス） （０～２歳児クラス）

６　受講希望者勤務先名

７　受講希望者勤務先住所

（注１）施設長、法人代表者等の記名・捺印が必要です。

（注２）東京都認証保育所、認可外保育施設、企業主導型保育、家庭的保育（都制度）等については、見学実習先として認められません。

（注３）原則として、勤務先とは別の事業所を見学実習先としてください。

（注４）受入可能事業所は、住所地が都内に所在するところに限ります。

（注５）認可保育所及び認定こども園で受け入れる場合は０～２歳児クラスとなります。