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。

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（国制度） ・ 事業所内保育（０～２歳児クラス） ・ 認可保育所（０～２歳児クラス） ・ 認定こども園 ）

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）**当該受講希望者の勤務する事業所での見学実習はできません。**
（注４）当該事業所の法人が経営する他の事業所の対象施設での見学実習は差し支えありません。この場合は、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てください。
（注５）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６）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。

記入例

オンライン申込で添付するデータは、
カラーのデータを必ず添付してください。

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

受入側の所属長印（法人代表者も可）（所属長認印も可）を押印してください

所在地
事業所名
代表者職・氏名　（注１）　見学実習を受け入れる側の施設・施設長　所属長の印

担当者氏名
連絡先　受け入れる側の園担当者名

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。

	フ　リ　ガ　ナ	ザイダンハナコ
1	受講希望者氏名	財団　花子
2	受入事業所名（注３）（注４）	西新宿ざいだん保育園
3	受入事業所所在地（注５）	〒163-XXXX 東京都　新宿区西新宿○－○－○　△△ビルディング○階
4	電話番号	０３－３３４４－８５３３
5	事業種別（注２）	（小規模保育・家庭的保育（国制度）・事業所内保育・認可保育所（０～２歳児クラス）（注６）・認定こども園（０～２歳児クラス）（注６））
6	受講希望者勤務先名	東新宿ざいだん保育園
7	受講希望者勤務先住所	〒160-XXXX 東京都新宿区東新宿○－○－○

受け入れる側の園の情報を記入してください

受講者の所属している園の情報を記入してください。

（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）**当該受講希望者の勤務する事業所での見学実習はできません。**
（注４）当該事業所の法人が経営する他の事業所の対象施設での見学実習は差し支えありません。この場合は、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てください。
（注５）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６）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。