

申込者氏名 _____

<見学実習について>

- 受講者は、最終日 (9月19日) の研修終了後に各々で保育現場の見学実習 (2日間) を実施し、報告書を提出していただくことで「修了」となります。
- 受講者が見学実習の対象施設に勤務している場合、原則として勤務先で見学実習をしていただくこととなります。
- このアンケートは、受講者が見学実習の対象施設に勤務していない場合の見学実習先を確保するために行うものです。
- なお、見学実習を中止すると県で判断した場合は、9月21日の予備日に見学実習に代えて講義・演習を行います。

実施期間 (予定) : 令和5年9月20日 (水) ~ 令和5年11月30日 (木)

1. 現在、あなたの勤務先は見学実習の対象施設ですか。

見学実習対象施設・・・

- ・ 地域型保育事業所 (家庭的保育、小規模保育 A 型・B 型・C 型、事業所内保育)
- ・ 0 ~ 2 歳を預かる認可保育所、認定こども園【保育所型又は幼保連携型】
- ※ 幼稚園型認定こども園、企業主導型保育所等の認可外保育施設は対象外

- はい → 以下の設問は施設代表者 (園長等) に回答をお願いします。
- いいえ (現在就業していない方含む) → アンケートは以上になります。

2. 貴施設では、貴施設に勤務する職員以外の受講者の見学実習を受け入れることは可能ですか。

(受講者は基本的な感染対策をした上で見学実習に臨み、当日に発熱・体調不良の場合は欠席することとします。可能な限りご協力をお願いいたします。)

- はい → 3の設問を回答後、確認欄に施設代表者の記名押印をお願いします。
- いいえ → アンケートは以上になります。確認欄に施設代表者の記名押印をお願いします。

3. 見学実習の受け入れに当たり、条件 (1日あたりの受入数上限など) や現時点での受入不可日がありましたら、ご記入をお願いします。

<確認欄> ※施設代表者が記名・押印してください。

令和 年 月 日 施設名

代表者職・氏名

