

保 育 士 登 録 申 請 書																			
フリガナ																			
氏 名	(姓)					(名)					性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
	(旧姓)																		
通称名																			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	本 籍 地 (外国籍の場合は、その国籍)				都道府県	本籍地コード					
フリガナ																			
連絡先住所	都道府県																		
郵便番号																			
資格要件 (児童福祉法第十八条の六の各号のうち該当するもの)	<input type="checkbox"/> 第1号 指定保育士養成施設を卒業した者					卒業した施設の名称													
						卒業した年月					<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月				
	<input type="checkbox"/> 第2号 保育士試験に合格した者					試験に合格した年月					<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月				
						合格通知番号													
*科目ごとに合格した年月又は都道府県が異なる場合は別紙に記入																			
その他	<input type="checkbox"/> 精神の機能の障害により保育士の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 <input type="checkbox"/> 禁錮以上の刑に処せられた者 <input type="checkbox"/> 児童福祉法（以下「法」という。）の規定その他児童の福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して3年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法第18条の19第1項第2号若しくは第3号又は第2項（国家戦略特別区域法第12条の5第8項において準用する場合を含む。）の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して3年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法第18条の20の2第1項に規定する特定登録取消者に該当する者																		
私は、保育士の登録を受けたいので、上記事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、児童福祉法施行令第16条の規定に基づき申請します。																			
年 月 日																			
都道府県知事 殿										氏 名									

- 備考 1 保育士の登録を受けようとする場合には、所定の手続により手数料を納付すること。
 2 該当する口は、レと記入すること。
 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

(別紙)

	合格した年月				合格地	都道府県
保育原理	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		
	合格した年月				合格地	都道府県
教育原理 及び社会的養護	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		
	合格した年月				合格地	都道府県
児童家庭福祉	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		
	合格した年月				合格地	都道府県
社会福祉	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		
	合格した年月				合格地	都道府県
保育の心理学	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		
	合格した年月				合格地	都道府県
子どもの保健	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		
	合格した年月				合格地	都道府県
子どもの食と栄養	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		
	合格した年月				合格地	都道府県
保育実習理論	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		
	合格した年月				合格地	都道府県
保育実習実技	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	合格通知番号		

- 備考 1 該当する□は、レと記入すること。
2 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。