

# 「チャイルドシート指導員養成研修会」開催のお知らせ

令和元年度の開催について、下記のとおりご案内申し上げます。  
所属の団体・企業等にご案内いただければ幸いに存じます。

- 目的**：チャイルドシートの正しい知識と使用の促進を図るため、チャイルドシートに関する法的、技術的知識、正しい装着方法など専門的な知識を取得したチャイルドシートに関する指導者を育成し、もってチャイルドシートのユーザーに対する正しい装着方法についての指導啓発に資することを目的とする。  
また、既に認定を受けた指導員を対象に、最新の情報を得る機会や新機種の取付けを体験する場として再受講枠を設け、既存認定指導員のスキルアップも図ることとする。
- 主催**：（一財）日本交通安全教育普及協会
- 後援**：内閣府 警察庁 国土交通省  
（予定）
- 協力**：シートベルト・チャイルドシート着用推進協議会（4省庁26団体で構成）
- 参加対象**：交通安全教育等に従事する行政機関及び団体の職員、チャイルドシートの販売、自動車及び自動車用品の販売その他交通安全の指導・啓発などに従事する者でチャイルドシートのユーザー等に対して指導し得る立場にある者。  
再受講については、過去に認定を受けたもので、再度受講を希望するものを対象とする。

## 6. 研修プログラム：

時 間	研 修 項 目
9:30 ( 20)	受付
9:50 ( 10)	ガイダンス
10:00 ( 25)	チャイルドシートと幼児について（医学的見地から）
10:25 ( 35)	道路交通法について（チャイルドシートの使用義務）
11:00 ( 25)	チャイルドシートの技術基準について
11:25 ( 10)	（休憩）
11:35 ( 55)	チャイルドシートの基礎知識について
12:30 ( 50)	（昼食・休憩）
13:20 (200)	チャイルドシート取付け実習（休憩時間を含む）
16:40	認定証交付

※ 終了予定 16:50 頃（開催場所等により時間を変更する場合がございます）

7. 受講料：新規受講者 8,000円  
再受講者 7,000円

8. 開催日等：

開催日・開催地	開催場所	募集人員	申込締切期日
令和元年 12月9日(月) 東京都	国立オリンピック記念青少年総合センター センター棟 4F 405室 (東京都渋谷区代々木神園町3-1)	各会場 50名	定員になり次第 締め切ります。  協会に お問い合わせ ください。
令和元年 12月10日(火) 東京都	国立オリンピック記念青少年総合センター センター棟 4F 403室 (東京都渋谷区代々木神園町3-1)		

9. 申込方法：FAXで別紙受講申込書を用いてお申込ください。また下記のメールアドレスからもお申込を受け付けております。

FAX 03-5835-3072

E-mail [crs2019@jatras.or.jp](mailto:crs2019@jatras.or.jp)

10. 受講票：FAX（又はメール）にて受講票をお送りいたします。
11. その他：① 全課程を修了した方には、チャイルドシート指導員の「認定証」が交付されます。  
※再受講の方については、新規に「認定証」は交付いたしません  
② 取付け実習がありますので、動きやすい服装でお越しください。  
③ 昼食の準備、宿泊の斡旋はできませんので各自ご用意ください。  
④ 会場には、本研修会受講者のための駐車場はありませんので、ご注意ください。

12. お問い合わせ先：（一財）日本交通安全教育普及協会 チャイルドシート研修会係  
〒101-0031 東京都千代田区東神田1-9-8 THE WAVES AKIHABARA 7F  
TEL 03-5835-3071 FAX 03-5835-3072  
協会ホームページ：<http://www.jatras.or.jp/>  
E-mail [crs2019@jatras.or.jp](mailto:crs2019@jatras.or.jp)

# チャイルドシート指導員養成研修会(令和元年度開催)

## 受講申込書

(一財)日本交通安全教育普及協会

チャイルドシート指導員養成研修会担当者宛

FAX 03-5835-3072

TEL 03-5835-3071

* 開催日・場所 ご希望日・場所を○で囲んでください。		① 12月9日(東京都) ② 12月10日(東京都)		受講区分	新規 ・ 再受講
フリガナ				性別	男・女
氏名					
所属名称					
住所	〒 自・勤				
TEL・FAX	TEL ( )	FAX ( )			
(再受講者のみ) 認定番号		(再受講者のみ) 以前の受講日・会場	平成 年 月 日	会場	
※ 所属先について該当する番号に○をつけてください。 1 チャイルドシートの販売会社    2 チャイルドシートのレンタル・リース会社    3 自動車の販売会社 4 自動車のレンタル・リース会社    5 自動車の整備会社    6 医療機関    7 警察 8 国    9 都道府県    10 市区町村    11 交通安全関係公益法人 12 その他の公益法人    13 自動車学校・教習所    14 教諭・保育士    15 その他					
後日、地域・職場におけるチャイルドシートの取組についてのアンケートにご協力いただけますか。					はい・いいえ

※実習の班別編成及び認定手続等の参考とするため、すべて記入してください。

※上記の個人情報は、本研修会事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。