

(別 紙)

申込書 〆切5月1日(火)

平成30年 月 日

(公財)かがわ健康福祉機構 研修部長 あて
FAX087-835-4777

所在市町名
保育所(園)名
担当者名
連絡先

保育所新任保育士研修会出席者名簿

フリガナ 氏 名	性別	経験月数

*研修時点までの経験月数をご記入ください。