

平成30年度 子育て支援研修会 申込書

平成30年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 あて F A X 087-835-4777

(該当箇所にレ点をつけてください。)

- 施設・事業所等区分:
- 保育所・保育園  小規模保育事業所
- 認可外  認定子ども園  市町担当
- 子育て支援センター  児童館
- その他( )

市町名:

所属名:

担当者職・氏名:

TEL:

下記のとおり申し込みます。

(フリガナ)〔必ず記入〕 氏 名	職名	性別	年齢 (注)	通算の 実務経験年数 (注)	備考
( )		男 女			
( )		男 女			
( )		男 女			
( )		男 女			

注) 年齢、経験年数は、受講日時点をご記入ください。

研修実施上の参考にさせていただきますので、職名や経験年数は必ずご記入ください。