

(別 紙)

申込書締切り:5月6日(木)17:00まで

令和3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 _____

施設名 _____

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:必ず記入) 氏 名	*経験月数
(フリガナ:)	
(フリガナ:)	
(フリガナ:)	

*申込時点での経験月数をご記入ください。

※定員を超えた場合は、受付を終了し、先着順で受講決定します。受講をお断りする方にはご連絡いたします。連絡の無い方は、受講可といたします。(決定通知発送なし)