

締切：7月8日（木）

令和3年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部長 あて
FAX(087)835-4777

所在市町名 _____
記入者氏名 _____
連絡先 電話 _____
FAX _____

令和3年度 保育所長研修会出席者名

保育所名	職名	氏名
		(ふりがな：)

※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。受講をお断りする場合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)