

FAX 締切: 10月22日(金)まで

(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 へ
FAX 087-835-4777

令和3年度 子育て支援研修会 申込書

令和3年 月 日

(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
 子育て支援センター 児童館
 その他()

市 町 名:

施設・事業所名:

TEL:

担当者職・氏名:

FAX:

下記のとおり申し込みます。

(フリガナ: 必ず記入) 氏 名	職 名	通算実務経験 年数(注)	備 考
(フリガナ:) 氏名 年齢(10・20・30・40・50・60・70~)歳代		年 月	
(フリガナ:) 氏名 年齢(10・20・30・40・50・60・70~)歳代		年 月	

注) 経験年数は、受講日時点をご記入ください。

※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)