FAX 締切:１０月５日(水)まで

(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて
ＦＡＸ　０８７－８３５－４７７７

令和４年度 子育て支援研修会 申込書

令和４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
(ﾌﾘｶﾞﾅ:　　) 氏名 年齢(10・20・30・40・50・60・70～)歳代		年　ヶ月	
(ﾌﾘｶﾞﾅ:　　) 氏名 年齢(10・20・30・40・50・60・70～)歳代		年　ヶ月	

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)