**申込期限**(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて

**令和５年７月７日(金)**FAX:**０８７－８３５－４７７７**

**17時まで**

令和５年　 月 日

所在市町名

　　　　　　　　　　　　　　　　記入者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

令和５年度 保育所長研修会〈７月20日(木)開催〉

申込書

下記の通り申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保育所名 | 職　名 | 氏　　名 |
|  |  | (ふりがな：　　　　　　　　　　) |
|  |  | (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)