**申込期限**(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて

**令和５年10月４日(水)**FAX:**０８７－８３５－４７７**

**17時まで**

令和５年度 子育て支援研修会〈10月25日(水)開催〉

申込書

令和５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)