

平成 29 年度兵庫県子育て支援員研修【質の向上研修】受講申込書

平成 年 月 日

兵庫県保育協会 様

私は、標記の研修について、次のとおり申し込みます。また、下記※1に定められた個人情報への取扱いに同意します。

フリガナ				
氏名				印
生年月日	S・H 年 月 日	性別	女・男	
電話番号	(日中に連絡のつく電話番号を記入ください)			
住所 (通知等発送先)	〒 ー			
希望する研修日 希望日に○をつけてください。	() 10月10日	() 12月19日	() 12月12日 申込日数 _____ 日 / 3日	
免許資格等について お持ちの資格に○をつけてください。	() 保育士	() 社会福祉士	() 幼稚園教諭 () 看護師	
	() 保健師	() 支援員 (名称: _____)		
※就業している方のみ	事業所名			
	事業所住所	〒 ー		

※1 受講申込書又は添付書類に記載された個人情報は、本事業に必要な範囲で兵庫県及び参加各市町に提供する場合があるほかは、適切に管理を行い、本事業以外の目的に利用することはありません。