

本研修は兵庫県より指定を受けて実施いたします。兵庫県が他の都道府県及び市町村に対し、必要に応じて研修修了者名簿に記載する情報を提供しますので、同意される方のみ各研修にお申込みください。
尚、下記申込事項は、研修修了者名簿に記載する情報として全て必要となりますので、誤記や記入漏れがないようお申し込みください。

平成30年度 兵庫県保育士等キャリアアップ研修 受講申込書

フリガナ					
氏名	(姓)	(名)	性別	女 ・ 男	
生年月日	昭和 平成	年	月	日	受講通知書送付先FAX番号： (自宅・勤務先) どちらかに○をしてください
連絡先	どちらかに○をしてください 自宅・勤務先		電話番号	※日中9時～17時頃の時間帯で連絡可能な番号を必ず記入してください。 [自宅・携帯] _____ [勤務先] _____	
自宅住所	〒 _____				
フリガナ			フリガナ		
勤務先名称			研修担当者名	※受講者本人と申込者が異なる場合のみ	
勤務先住所	〒 _____				
勤務先種別	<該当するものに○をしてください> ・保育所 ・認定こども園 ・幼稚園 ・小規模保育施設 ・その他 (_____)		職種	<該当するものに○をしてください> ・保育士 ・保育教諭 ・幼稚園教諭 ・栄養士 ・調理師 ・看護師 ・その他 (_____)	
「保育士」としての経験年数		年 _____ 月 _____			
保育士資格の有無		有り → 下記※1を必ずご記入ください。 ・ 無し → 下記※2を必ずご記入ください。 下記※2は記入不要です。 複数の資格をお持ちの場合には、 いずれかひとつをご記入ください。			
下記※1または※2に記入した該当資格証の写しを研修当日必ずご持参ください。					
※1	保育士登録番号 (保育士資格を有する方のみ)		都 道 府 県	_____	
※2	a	幼稚園教諭免許状番号 (幼稚園教諭資格を有する方のみ)	平 _____ 幼 _____ 第 _____ 号		
	b	栄養士名簿登録番号 (栄養士資格を有する方のみ)	_____ 都 道 府 県 第 _____ 号		
	c	調理師名簿登録番号 (調理師資格を有する方のみ)	_____ 都 道 府 県 第 _____ 号		
	d	看護師免許登録番号 (看護師資格を有する方のみ)	第 _____ 号		
			無し (該当する資格をお持ちでない場合はこちらに○をしてください)		

受講を希望される研修に○印を記入してください。(複数可)

追加でのお申込みの場合は右記欄にチェック(レ点)をお願いします。 追加申込み

①	乳児保育 (H30年8月7日、8月17日)	受付終了	④	食育・アレルギー対応 (H30年10月20日、10月21日)	定員に達した為、受付終了 (※次回H31年1～3月開催予定)
②	幼児教育 (H30年8月27日、9月13日)		⑤	保健衛生・安全対策 (H30年7月16日、7月17日)	受付終了
③	障害児保育 (H30年9月7日、9月19日)		⑥	保護者支援・子育て支援 (H30年9月1日、9月2日)	定員に達した為、受付終了 (※次回H31年2月開催予定)
⑦	マネジメント (H30年11月9日、11月10日)		⑧	保育実践 (H30年11月2日、11月3日)	

※1 保育士資格をお持ちの方は、研修当日に「保育士証」の写しをご持参ください。

※2 記入された該当資格証の写しを、研修当日ご持参ください。(保育士資格をお持ちの方は不要です。)

※ 本研修で知り得た個人情報、本研修の関連業務以外には使用しません。

【公益財団法人 総合健康推進財団】 申込送付先FAX番号:06-6940-6742