

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

※募集開始日：11月19日(月)～

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 (平成31年1月時点)		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 (平成31年1月12日、1月13日)	神戸	④	保護者支援・子育て支援 (平成31年2月16日、2月24日)	神戸
②	障害児保育 (平成31年2月2日、2月3日)	神戸	⑤	保護者支援・子育て支援 (平成31年2月17日、3月2日)	姫路
③	食育・アレルギー対応 (平成31年2月11日、2月23日)	神戸	⑥	マネジメント (平成31年3月16日、3月17日)	神戸

※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