

平成29年度佐賀県保育士等キャリアアップ研修 受講申込書

施設情報

施設名*			担当者名 (肩書)	()
所在地*	〒		利用定員	名
電話番号		種別 (○をつけて ください)	1. 保育所 2. 認定こども園 3. 特定地域型保育事業所	
FAX			4. その他()	

複数名・複数分野申込みされる場合、「のべ人数(受講申込書の枚数)」中の優先順位をご記入ください。同一受講者であっても分野毎の申込書が必要となります。

優先順位	位/のべ	人中
------	------	----

受講者情報

研修修了者情報確認のため、*印のついた項目及び修了分野・修了証番号・修了年月日は都道府県間で共有されます。同意の上、お申込みください。 同意します。(無きものは無効となります。)

フリガナ			受講 分野	障害児保育	
氏名*	姓	名		食育・アレルギー対応	
				保護者支援・子育て支援	
				マネジメント研修	
生年月日* (年齢)	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	電話番号	① [携帯・自宅・勤務先]	
性別	男	女		② [携帯・自宅・勤務先]	
自宅住所*	〒 _____ フリガナ _____				
保育士 登録番号* (お持ちの方のみ)	都道 _____ 府県 _____ ※保育士登録番号が確認できる公的書類の写しを当日ご持参ください。				
勤務先での 経験年数	就業年数 ※現在の就業先での従事年数	職種		今年度 申込済の 他分野	
	年 月				

この研修を通して学びたいこと、講師に取り上げてほしい内容(自園の事例等)等をご記入ください。
ご記入いただいたものは講師と情報共有いたしますので、個人を特定できる記載方法はお控えください。