

## 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

個人申込用

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。)

◆複数分野を申込みされる場合は、優先順位をご記入ください。

		優先 順位	位/	分野中			
フリガナ				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	電話番号	①	[携帯・自宅]
						②には、開催中止の場合等緊急時に連絡のつく番号をご記入ください。	
						②	[携帯・自宅]
性別	男	・	女		FAX	受講通知書の送付先: [自宅・その他]	
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。						
保育士としての 経験年数	年 _____				ヶ月 _____	今年度申込済の 他分野	
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。							