

平成29年度熊本県保育士等キャリアアップ研修 受講申込書

フリガナ				性別	女 ・ 男
氏名	(姓)	(名)			
生年月日 (年齢)	昭和 平成	年	月	日	※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。
					電話番号
	(満	歳)			
		受講通知書送付先FAX			[自宅・勤務先]
自宅住所	〒 —				
保育士登録番号 (保育士の方のみ)	都 道 府 県 _____ 都 道 府 県 _____ ※保育士証の写しを研修当日の受付時にご提出ください。				
フリガナ					
勤務先名称					
勤務先住所	〒 —				
保育士としての経験年数	年	ヶ月	種別	いずれかに「○」を付けてください。 ・保育所 ・認定こども園 ・小規模保育施設 ・その他()	

受講を希望される講座に○印を記入してください。(複数可)

①	乳児保育 (H30年1月31日、2月1日)		④	保健衛生・安全対策 (H30年2月10日、11日)	
②	幼児教育 (H30年1月29日、30日)		⑤	保護者支援・子育て支援 (H30年2月14日、15日)	
③	障害児保育 (H30年2月12日、13日)		⑥	マネジメント (H30年1月27日、28日)	

※保育士資格をお持ちの方は、研修当日の受付時に「保育士証」の写しをご提出ください。
 ※また、受付時に本人確認書類(運転免許証もしくは健康保険証など)の提示をお願いいたします。
 ※熊本県が他の都道府県及び市町村に対し、研修修了者名簿に記載する情報を必要に応じて提供しますので、同意される方のみ申込みをお願いします。

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。