

平成29年度 大阪府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	受講通知送付先FAX番号: (自宅・勤務先)
連絡先	自宅・勤務先 どちらかに○をしてください	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					
勤務先名称					
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 ・小規模保育施設 ・その他()				
「保育士」の資格証の有無		無し ・ 有り (有りの方は以下も必ずご記入ください。)			
保育士登録番号 (保育士の方のみ)		_____ 都 道 府 県 _____ ※保育士証の写し(コピー)を研修当日、ご持参ください。			
「保育士」としての経験年数		年 ヶ月			

受講を希望される研修に○印を記入してください。(複数可)

ア

①	乳児保育 (H30年2月3日、2月4日、2月19日)	
②	幼児教育 (H30年2月10日、2月11日、2月20日)	
③	障害児保育 (H30年1月7日、1月8日、1月16日)	

イ

⑦	マネジメント (H30年3月11日、3月16日、3月17日)	
---	-----------------------------------	--

④	食育・アレルギー対応 (H30年1月5日、1月6日、1月14日)	
⑤	保健衛生・安全対策 (H30年1月25日、1月26日、1月30日)	
⑥	保護者支援・子育て支援 (H30年2月23日、2月24日、3月3日)	

※保育士資格をお持ちの方は、研修当日に「保育士証」の写し(コピー)をご持参ください。
 ※大阪府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。

【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