

(送信票不要)

FAX送付先 0965-32-5496 (事務局：高田東部保育園)

< 第1回 H.29.6.15 (木) >

平成29年度カウンセリング研修会(熊本県保育士等キャリアアップ研修)
参 加 申 込 書

郡 市 名				私 立 ・ 公 立
保 育 園 名 (所 属 先 名)	() -			
園・所属先住所				
参 加 者 氏 名	性別	生 年 月 日	職 名	
ふりがな.....	男 ・ 女	S ・ H 年 月 日		
保育士登録番号	都 道 府 県 保育士の方は必ず保育士番号をご記入ください。			
参 加 者 住 所	〒 - 県			
個人情報についての同意	☐ 同意します。 下記「個人情報の取扱いについて」をご確認の上、 受講者本人がチェックをしてください。			

熊本県キャリアアップ研修として必要な様式で作成しています。

お申し込みは各自1枚ずつご記入願います。複数名申込をされる際は、本参加申込書をコピーしてご使用ください。

「個人情報の取扱いについて」

- ・研修を実施する上で知り得た個人情報については、「保育士等キャリアアップ研修修了証」の発行およびキャリアアップ研修の受講履歴の登録管理、本研修会の運営管理の目的にのみ利用いたします。
- ・受講履歴が全国にて効力をもつ為、都道府県間で研修修了者の情報を共有し、当該情報の確認を行うことがあります。

申込締切日 平成29年6月8日(木) (定員になり次第締め切ります。)

この研修案内はHP (<http://www.k-kosodate.jp/>) からダウンロードできます。