

キャリアアップ研修受講申込書 (⑤保健衛生・安全対策)

平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
申込者住所			
勤務先名称		職名	
勤務先住所			
勤務先 電話・FAX番号	電話：	FAX：	
保有資格	保育士・幼稚園教諭	経験年数	年 ヶ月
保育士登録番号		連盟会員	会員 ・ 非会員

※ 上記のとおり相違ないことを証明します。

施設名 _____ 施設長氏名 _____ (印)

***** (以下、事務局記入欄) *****

受付印	受講番号
	2818065-
	座席番号

【注意事項】

- 研修開始 15 分以上の遅刻・早退は 未受講になります。
- 申込書は当日ご持参ください。
- 受付完了の返信は 1 月 22 日(月)を目途に FAX でお知らせします。

◆研修結果記録

	開催日時	出欠	レポート
第1回目	平成30年1月31日(水) 13:30~16:45	出・欠	済 ・ 未
第2回目	平成30年2月9日(金) 9:15~12:30	出・欠	
第3回目	平成30年2月9日(金) 13:30~16:45	出・欠	
第4回目	平成30年3月2日(金) 9:15~12:30	出・欠	
第5回目	平成30年3月2日(金) 13:30~16:45	出・欠	

受講修了証明書の交付	平成 年 月 日交付
------------	------------

※ ご記入いただいた情報は、当研修の運営管理の目的のみに使用し、他に使用することはありません。