

令和7年度川西市保育士等キャリアアップ研修 受講申込書(FAX 用) (FAX 送付先 06-6367-2105)

■勤務先施設

施設情報	施設名 : 施設住所 : 施設電話番号 :
区分	1. 認可保育所 2. 認定こども園 3. 小規模保育事業 4. 事業所内保育事業 5. 家庭的保育事業 6. 認可外保育施設

■受講希望者情報

ふりがな							
氏 名							
生年月日	西暦	年	月	日			
ご自宅住所	〒 ー						
電話番号							
携帯電話							
保育士登録番号 (登録済みの方)	都・道・府・県						
幼稚園教諭 免許状番号 (お持ちの方)							

上記研修の受講を申し込みます。なお、申し込むにあたり、研修修了者名簿に記載する情報
(①保育士登録番号(受講希望者が保育士の場合に限る)、②氏名・生年月日・住所、③勤務先施設の名称・所在市町村名、④修了した研修分野、⑤修了証番号、⑥修了年月日)を、他の都道府県や市町村に対し、必要に応じて提供することについて同意します。

受講希望者署名 _____