

【2024年度 保育士等キャリアアップ研修】（お申込 FAX 番号:06-6150-1307）

受講申込書

受付 No.	
受付日	年 月 日

(フリガナ) 氏名 (戸籍表記)		男 ・ 女	生年月日 昭和・平成(歳) 年 月 日生	写真貼付 [ア]4cm×[イ]3cm 正面・無帽(顔がはっきり確認できれば、 プリンター出力でも可)
(フリガナ) 現住所 ※住民登録がある住所	〒	—		
ご連絡先	TEL () — FAX () —	携帯(必須)() — E-mail		
お勤め先種別	(1)保育所 (2)認定子ども園 (3)特定地域型保育事業所 (4)その他() ※該当するものに○をして下さい。			
お勤め先	名称: _____ 所在地: 〒 — 丁目 番 号 住 居 外 住 所 ご連絡先: TEL: _____ FAX: _____			
お勤め先へのご連絡	<input type="checkbox"/> 不可(理由;) (お勤め先へのご連絡が不可の場合のみ <input type="checkbox"/> に✓をして下さい/但し、緊急を要する場合等は除く)			
受講をご希望の研修に○印をつけて下さい。 (複数可)	<input type="checkbox"/>	乳児保育	<input type="checkbox"/>	幼児教育
	<input type="checkbox"/>	障がい児保育	<input type="checkbox"/>	食育・アレルギー対応
	<input type="checkbox"/>	保健衛生・安全対策	<input type="checkbox"/>	保護者支援・子育て支援
	<input type="checkbox"/>	マネジメント	<input type="checkbox"/>	
保育士資格の有無等	保育士資格 有・無(どちらかに○をして下さい) 実務経験年数:[]年 その他の関連資格()			

【個人情報の取扱いについて】

本お申込書に記載いただいた個人情報は、当研修の運営・管理のみに使用し、他の目的には一切使用致しません。

【個人情報の共有に関する同意について】

大阪府以外で勤務する場合は、本申込書及び修了証書に記載された内容(研修分野・修了番号・修了年月日)について、都道府県間で共有することに同意致します。

【ご注意事項等】主催者ホームページを確認の上、申し込みます。

確認署名 _____

【お問合わせ・お申込先】学校法人 大阪滋慶学園 滋慶医療経営管理研究センター 保育士等キャリアアップ研修担当
〒532-0003 大阪市淀川区宮原 1-2-8 TEL:06-6391-8141 FAX:06-6150-1307 E-mail: info@jrhm.jikei.com