

2021年度兵庫県子育て支援員研修【質の向上研修】受講申込書

年 月 日

兵庫県保育協会 様

私は、標記の研修について、次のとおり申し込みます。また、下記※1に定められた個人情報への取扱いに同意します。

| | | | |
|-------------------------------|--|-----|-----|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | S・H | 年 | 月 日 |
| 電話番号 | (日中に連絡のつく電話番号を記入ください) | | |
| メールアドレス | | | |
| 住所 (通知等発送先) | 〒 — | | |
| 免許資格等について お持ちの資格に○をしてください。 | <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子育て支援員 | | |
| ※就業している方のみ | 事業所名 | | |
| | 事業所住所 | 〒 — | |

※1 受講申込書に記載された個人情報は、本事業に必要な範囲で兵庫県及び参加各市町に提供する場合があるほかは、適切に管理を行い、本事業以外の目的に利用することはありません。

| | | | |
|-------------|------------|------------|--|
| 参加市町 記入欄 | 市町名 部署等 | (担当者名:) | |
| | 住所 電話 | 〒 — 電話: | |