

2023 年度兵庫県子育て支援員研修【フォローアップ研修】受講申込書

年 月 日

株式会社ニチイ学館 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。	() 保育士	() 社会福祉士	() 幼稚園教諭
	() 保健師	() 看護師	() その他
	() 子育て支援員		
※就業している方のみ	事業所名		
	事業所住所	〒 -	
参加希望日程	12/8 (金)	12/11 (月)	
※第一希望を◎、参加可能な日程を○、参加不可能な日を×とご記入ください。			

※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:	
	申込 番号	=	

「申込番号」(市町名の後にアラビア数字)を記入し、必ず当該申込者に番号を伝えてください。株式会社ニチイ学館のホームページにこの「申込番号」を記載した受講決定者一覧を掲載し、受講決定の可否をお知らせします。