

FAX **06-6100-3004**

平成27年度大阪府気づき支援人材育成事業

保育士等研修 受講申込書

フリガナ お名前
所属機関名 ・公立保育所 ・私立保育所 ・認定こども園 ・その他（いずれかを○で囲んで下さい）
職種
所属機関住所 〒 TEL FAX
受講希望理由
所属長受講推薦 所属長署名（ ）
通信欄 ※代理受講者のある場合は、代理受講者名、受講講座名をお書きください。

（記入いただいた個人情報は、受講決定・通知の目的以外には使用いたしません。）