

岩手県社会福祉協議会 保育士・保育所支援センター山田 あて

(FAX : 019-637-9612 添書不要)

平成 30 年度 新任保育士就業継続支援研修会
受講申込書

<所 属>

保育所（園）名	
連 絡 先	住 所 〒 電話番号： fax 番号：
申込担当者氏名	

<受講申込者>

職 名	氏 名	経験年数	備考
		年 月	

※ 経験年数は、6月の研修時点としてご記入ください。

※ 1保育所につき1名までの申込とさせていただきます。

※ 先着順となりますので、お早めにお申し込みください。事例（別紙2）は、受講申込み後の提出でかまいません。