

(別紙)

平成29年度中堅保育職員研修 受講申込書

FAX 076-432-6516

富山県福祉カレッジ学長 宛

申込み日 平成 年 月 日

施設名 _____

代表者職

氏名 _____

〒

住 所 _____

TEL _____ FAX _____

記入者職

氏名 _____

以下のとおり申込みします。

希望の日程に○をつけてください。	第1回 7月 4日 (火)	第2回 7月21日 (金)
------------------	------------------	------------------

職名	(ふりがな) 氏 名	中堅職員としての 経験年月	保育士・保育教諭、 施設職員等 経験年月	備考
	()	年 月	年 月	

(経験年月数は、平成29年4月1日現在)

- 申込締め切り 4月28日 (金)
- 受講決定通知 5月16日 (火) までに、郵送にて通知いたします。
(受講できない場合も通知いたします。)
- 受講が決定された方は、事前課題を提出していただきます。
(事前課題の内容及び様式は受講決定通知で、お知らせいたします。)

