

(別紙)

# 平成30年度 子育て支援研修 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 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_

以下のとおり申込みします。

職 名	( ふ り が な ) 氏 名	保育士・保育教諭・支援員等 の経験年月	備 考
	( )	年 月	

(経験年月数は、30年8月1日現在)

- 申込締め切り 9月10日(月)
- 受講決定通知 9月18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。)