

【修了証の発行を希望します】

キャリアアップ研修受付用 FAX: 088-611-3323 (送信状不要)

複数名の受講希望の場合、優先順位を記入の上、1人1枚で申し込んでください。

事務局記入

NO.

申込施設情報

優先順位
/

↑施設内での
優先順位

Table with 4 columns: 施設名, 電話番号, 施設住所, 徳島県

受講者情報

Table with 4 columns: ふりがな, 氏名, 生年月日, S・H, 保育士, 登録番号, 自宅住所, 備考

受講科目 (該当する欄に○をつけてください)

※1つの科目を複数の職員が受講する場合は優先順位を記載してください。

Table with 3 columns: 乳児保育, 幼児教育, 障害児保育, 食育・アレルギー対応, 保健衛生・安全対策, 保護者支援・子育て支援, マネジメント, 保育実践

受講形態 (該当する欄に○をつけてください)

修了証送付先 (どちらかに○)

Table with 2 columns: オンライン (zoom) 研修, 集合型研修 (先着順)

Table with 2 columns: 申込施設, 受講者自宅

↓ こちらの場合

Table with 4 columns: メールアドレス, 当日連絡用 携帯電話, 接続 テスト, 参加 (第 回) 参加 しない

(トラブル発生時に使用します)

(別紙「オンライン研修について」をご覧ください)

同意します☑

※ 令和3年度保育士等キャリアアップ研修に関する個人情報及び受講状況について、他の都道府県及び市町村に情報を提供する場合があります。(要確認☑)

同意します☑