

本研修は大阪府より指定を受けて実施いたします。大阪府が他の都道府県及び市町村に対し、必要に応じて研修修了者名簿に記載する情報を提供しますので、同意される方のみ各研修にお申込みください。
尚、下記申込事項は、研修修了者名簿に記載する情報として全て必要となりますので、誤記や記入漏れがないようお申し込みください。

2019年度 大阪府保育士等キャリアアップ研修（第2期）受講申込書

| | | | | | |
|---------------------------------|---|--------|--|--|--|
| フリガナ | | | | 性別 | 女 ・ 男 |
| 氏名 | (姓) | (名) | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 受講通知書送付先FAX番号: (自宅・勤務先) どちらかに○をしてください |
| 連絡先 | どちらかに○をしてください 自宅・勤務先 | 電話番号 | ※日中9時～17時頃の時間帯で連絡可能な番号を必ず記入してください。 [自宅・携帯] _____ [勤務先] _____ | | |
| 自宅住所 | 〒 _____ | | | | |
| フリガナ | | フリガナ | | | |
| 勤務先名称 | | 研修担当者名 | ※受講者本人と申込者が異なる場合のみ | | |
| 勤務先住所 | 〒 _____ | | | | |
| 勤務先種別 | <該当するものに○をしてください> ・保育所 ・認定こども園 ・幼稚園 ・小規模保育施設 ・その他 (_____) | | 職種 | <該当するものに○をしてください> ・保育士 ・保育教諭 ・幼稚園教諭 ・栄養士 ・調理師 ・看護師 ・その他 (_____) | |
| 「保育従事者」としての経験年数 (2019年10月時点) | 年 | ヶ月 | 保育士資格の有無 | <該当するものに○をしてください> 有 ・ 無 | |
| 保育士登録番号 (保育士資格を有する方のみ) | _____ | | 都 道 府 県 | _____ | |

追加でのお申込みの場合は右記欄にチェック(レ点)をお願いします。

2017～2018年度に当財団にて他の分野を受講したことがある方は右記欄にチェック(レ点)をお願いします。

受講を希望される研修に○印を記入してください。(複数可)

| | | |
|---|------------------------------|------|
| ① | 乳児保育 (2019年11月10日、11月17日) | |
| ② | 幼児教育 (2019年11月23日、11月24日) | |
| ③ | 障害児保育 (2019年10月5日、10月6日) | 受付終了 |

| | | |
|---|------------------------------------|------|
| ④ | 食育・アレルギー対応 (2019年10月12日、10月13日) | 受付終了 |
| ⑤ | 保護者支援・子育て支援 (2019年11月8日、11月9日) | |
| ⑥ | マネジメント (2019年12月21日、12月22日) | |

※ 保育士資格をお持ちの方は、研修当日に「保育士証」の写しをご持参ください。
※ 本研修で知り得た個人情報は、本研修の関連業務以外には使用しません。

【公益財団法人 総合健康推進財団】 申込送付先FAX番号:06-6940-6742