**令和７年度川西市保育士等キャリアアップ研修  
受講申込書（FAX用）**

**（FAX送付先　06-6367-2105）**

**■勤務先施設**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設情報 | 施設名：  施設住所：  施設電話番号： |
| 区分 | １．認可保育所　　　　　　２．認定こども園  ３．小規模保育事業　　　　４．事業所内保育事業  ５．家庭的保育事業　　　　６．認可外保育施設 |

**■受講希望者情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| ご自宅住所 | 〒　　　－ | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 携帯電話 |  | | | | | | |
| 保育士登録番号  （登録済みの方） | **都・道・府・県** |  |  |  |  |  |  |
| 幼稚園教諭 免許状番号 （お持ちの方） |  | | | | | | |

上記研修の受講を申し込みます。なお、申し込むにあたり、研修修了者名簿に記載する情報（①保育士登録番号（受講希望者が保育士の場合に限る）、②氏名・生年月日・住所、③勤務先施設の名称・所在市町村名、④修了した研修分野、⑤修了証番号、⑥修了年月日）を、他の都道府県や市町村に対し、必要に応じて提供することについて同意します。

受講希望者署名