

令和6年度 四條畷市子育て支援員研修

受講申込書

申込日:令和 年 月 日

フリガナ 氏名		性別	
生年月日	昭・平 年 月 日(満 歳)		
住所	〒 -		
電話番号			
メールアドレス			
資格 ※任意	保育士・幼稚園教諭・社会福祉士・看護師・保健師		
保育施設・子育て支援分野での現在の勤務状況	勤務中である・内定をもらっている・これから保育施設、子育て支援分野で就労することを検討している 勤務先の施設名:		
基本研修の免除の有無	有 ・ 無 ※ 有の場合は修了証書の写しを添付		
受講者の情報について、四條畷市から研修の実施を委託した研修実施業者へ、研修に使用することを目的に情報の提供を行うことについて同意します。			
署名(自筆) _____			

※受講に関していただいた個人情報については、適正な管理を行い、本事業の運営以外の目的に利用することはありません。

【提出先】

〒575-8501

大阪府四條畷市中野本町1番1号

四條畷市 こども未来部 こども政策課

TEL:072-877-2121