

公益財団法人こども教育支援財団 神戸事務所（担当：安原）

〒651-0084 神戸市中央区磯辺通 4-1-5

FAX：078-262-0871

「乳幼児ケアヘルパー研修講座」

受講申込書

2019 年 月 日

(ふりがな) 氏 名	
年 齢	歳
性 別	男 性 ・ 女 性 （いずれかに○印をお願いします）
住 所	〒 ※所属所在地の場合は、その旨ご記入ください
連 絡 先	自宅電話
	携帯電話
	メールアドレス
所 属	☐ 勤務されている保育園や幼稚園、 または乳幼児に関わる子育てのグループ名 等 ☐ 職種(勤務内容) ☐ 実務経験年数 () 年
受 講 歴	受講歴はありますか。 ある ・ ない （いずれかに○印をお願いします） ※ ある場合は、何年度に受講されましたか。() 年度

*記載された情報は、研修講座等以外の目的では使用いたしません。

*期限を過ぎても、お申込みいただける場合がございますので、お気軽にお問合せください。