|  |
| --- |
| 送信日：平成30年　　　月　　　日 |
| ①氏名（フリガナ） |  |
| ②生年月日 |  |
| ③郵便番号 |  |
| ④住所 |  |
| ⑤連絡先(日中つながりやすい番号) |  |
| ⑥勤務先名称 |  |
| ⑦勤務先の所在市町村名 |  |
| ⑧職種 |  |
| ⑨勤務先の種別（右記より選択） | 幼保連携型認定こども園　　　・　　　幼稚園型認定こども園保育園型認定こども園　・　保育所　・　幼稚園　・　その他 |
| ⑩保育士登録番号 |  |
| ⑪研修項目 |  |
| ⑫参加費用 |  |
| ⑬メールアドレス |  |
| 別紙『平成３０年度鹿児島県指定　保育士等キャリアアップ研修要項』の「７．個人情報の取り扱い」記載事項に同意します。　　　　　同意します　・　同意しません　(どちらかに〇をつけてください) |

平成30年度保育士等キャリアアップ研修申し込み票

メール又はFAXでお送りください（鑑不要）

学校法人鹿児島学園 龍桜高等学校 保育専攻科　担当：後藤

Mail: ryuo-hoiku@gh-kagoshima.ac.jp 　　　　　FAX:0995-63-3002