

受講対象
者様専用

令和6年度 東京都保育士等キャリアアップ研修

グループ・個人共通 申込書

お申し込み日 令和6(2024)年 月 日 曜日

申込者	フリガナ						
	氏名						
	フリガナ						
	施設名					(園長様名)	
	住所						
	E-mail					@	
施設情報	電話番号						
	FAX番号						
	※園長・副園長・主任等 をご記入ください						
	氏名	フリガナ	科目名	希望受講日	受講形式 <input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外	役職名※
				月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外	
				月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外	
受講申込者情報			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 会場	<input type="checkbox"/> 受講対象者 <input type="checkbox"/> 受講対象外		

計 _____ 名



東京都保育士等キャリアアップ研修事務局
特定非営利活動法人ちゅーりっぷの心
栄養セントラル学院保育士等キャリアアップ研修専用受付
TEL 090-2455-8877 (080-8825-7341)
FAX 047-423-8851 (受付時間:平日 9:15-15:15)
e-mail : career.ad.hoiku@eiyo3.jp
URL : <https://careerupkenshu-tulips.com/>

お申し込み FAX番号 : 0 4 7 - 4 2 3 - 8 8 5 1

※個人情報保護方針 (プライバシーポリシー) ※

研修を実施する上で、知り得た個人情報については、研修運営上必要な次の目的の範囲で利用いたします。

①研修の受講に係る手続き②研修の実施・運営 (受講状況の確認等) ③研修のご案内 ④問い合わせ対応 ⑤研修会場への報告 ⑥都道府県からの問い合わせ対応 ⑦報告 (修了状況) 等 こうした個人情報の取り扱いについて、受講申し込み時に同意したものとみなします。