令和７年度兵庫県子育て支援員研修受講申込書

【フォローアップ研修】

|  |
| --- |
| 　　　年　　　月　　　日株式会社 東京リーガルマインド　様私は、標記の研修について、次のとおり申し込みます。また、下記※１に定められた個人情報の取扱いに同意します。 |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | S・H　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 | （日中に連絡のつく電話番号を記入ください） |
| メールアドレス |  |
| 住　所（通知等発送先） | 〒　　　　－ |
| 免許資格等についてお持ちの資格に〇をしてください。 | （　　）保育士　　　（　　）社会福祉士（　　）幼稚園教諭　（　　）看護師（　　）保健師　　　（　　）その他（　　）子育て支援員 |
| ※就業している方のみ | 事業所名 |  |
| 事業所住所 | 〒　　　　－　　　　　　 |

※1 受講申込書に記載された個人情報は、本事業に必要な範囲で兵庫県及び参加各市町に提供する場合があるほかは、適切に管理を行い、本事業以外の目的に利用することはありません。

（注）以下の欄は参加市町が記入しますので、空欄にしておいてください。

【参加市町記入欄】

※参加市町ご担当者様は、この申込書を受付された際 に左枠に「市町名」、｢申込番号｣を記入し、必ず当該申 込者にその番号を伝えてください。

受講決定者については、兵庫県のホームページにこの 「申込番号」を記載した受講決定者一覧を掲載し、受講決定の可否をお知らせします。

|  |
| --- |
| **申込番号** |
| **（フォローアップ）－　　　　　　　市－** |