埼玉県保育士等キャリアアップ研修　申込書

【施設情報】　＊下記項目を全てご記入ください。
＊4名以上お申込みの場合、こちらの申込書をコピーしてご使用ください。
＊1枚目のみ施設情報をご記入いただき、2枚目以降は施設名・受講者情報をお願いします。

区分 1つだけ○を つけてください	埼玉県　・　県外		
施設名			
代表者名			
住所	〒（　　－　　） 都 道 府 県		
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）
E-Mail	@		

【受講者情報】　＊1枚で3名までお申し込みいただけます。

①	**受講項目** ○をつけてください	**乳児保育** （令和3年1月6日、7日）	**保護者支援・子育て支援** （令和3年1月23日、2月20日）	
	フリガナ		生年月日 （西暦）	年　月　日
	氏名	（旧姓：　　）		
	住所	〒（　　－　　） 都 道 府 県		
	職種 1つだけ○を つけてください	保育教諭・保育士・幼稚園教諭・看護師 栄養士・調理師・その他（　　）	経験年数	年
	保育士 登録番号	－	同意欄	□個人情報提供同意 □他都道府県情報提供同意
	勤務先施設名　＊代表者と同じ場合は□にレ点をしてください。		連絡先（緊急連絡先）	
	□代表者と同じ			
②	**受講項目** ○をつけてください	**乳児保育** （令和3年1月6日、7日）	**保護者支援・子育て支援** （令和3年1月23日、2月20日）	
	フリガナ		生年月日 （西暦）	年　月　日
	氏名	（旧姓：　　）		
	住所	〒（　　－　　） 都 道 府 県		
	職種 1つだけ○を つけてください	保育教諭・保育士・幼稚園教諭・看護師 栄養士・調理師・その他（　　）	経験年数	年
	保育士 登録番号	－	同意欄	□個人情報提供同意 □他都道府県情報提供同意
	勤務先施設名　＊代表者と同じ場合は□にレ点をしてください。		連絡先（緊急連絡先）	
	□代表者と同じ			
③	**受講項目** ○をつけてください	**乳児保育** （令和3年1月6日、7日）	**保護者支援・子育て支援** （令和3年1月23日、2月20日）	
	フリガナ		生年月日 （西暦）	年　月　日
	氏名	（旧姓：　　）		
	住所	〒（　　－　　） 都 道 府 県		
	職種 1つだけ○を つけてください	保育教諭・保育士・幼稚園教諭・看護師 栄養士・調理師・その他（　　）	経験年数	年
	保育士 登録番号	－	同意欄	□個人情報提供同意 □他都道府県情報提供同意
	勤務先施設名　＊代表者と同じ場合は□にレ点をしてください。		連絡先（緊急連絡先）	
	□代表者と同じ			

【個人情報提供同意について】
受講者様からご提供いただいた名前、住所、電話番号、その他のお客様個人に関わる情報（以下個人情報）を、埼玉県保育士等キャリアアップ研修事業のために利用させていただき、受講者様の承諾なく、他の目的には使用いたしません。
【他都道府県等への情報提供の同意について】
埼玉県以外の都道府県で勤務する場合、研修修了者名簿に記載される情報について、他の都道府県及び市町村へ提供させていただきます。