

令和元年度 保育士等キャリアアップ（保健衛生・安全対策分野）研修会

参加申込書 《非会員専用》

園名 _____ 市町村： _____

優先順位	職 種	氏 名 (フリガナ)
1		
2		
保育園メールアドレス		
保育園住所・TEL・FAX		
〒		
TEL :		FAX :

※各園1名の参加を確保後、余裕があれば2名までご案内いたします。

研修会参加費 会 員 15,000 円 離島会員 10,000 円

非会員 20,000 円

申込先 (一社) 沖縄県私立保育園連盟 FAX 098-887-2221

TEL 098-887-1270

注意1 申込後のキャンセル・変更はできません。

注意2 申込書をFAX送信後、私保連事務所まで確認のお電話をください。

注意3 10月5日までに、受講票とともに確認書を、メールにて送付いたします。なお、受講票が届かない場合は、申し訳ございませんが、今回の研修は受講できません。

※ 個人情報の取り扱い

申し込み用紙に記載されております個人情報は、当研修会以外の目的に利用することはありません。

事務局使用	受付NO		受講	受講
	(/)			