子育て支援員研修（地域型保育コース）受講申込書

令和６年　　月　　日

　大船渡市長　様

　子育て支援員研修（地域型保育コース）について、下記のとおり申し込みます。

※　修了証に記載される事項となりますので、必ず、受講者本人が正確に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 氏　　名 | 　 |
| 性別（該当に○） | 男　・　女 |
| 生年月日 | S・H　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 郵便番号 |  |
| 現 住 所 |  |
| 電話番号 |  |
| 緊急連絡先（電話番号） | 氏名　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 　子育て支援員研修の基礎コースを受講済みの方は、基礎研修の受講希望について、該当する方を「○」で囲んでください。 |
| 受講する　・　受講しない |

※　過去に子育て支援員研修を受講済みの方は、修了証の写を添付してください。