

FAX 098 (887) 1071 【担当：比嘉】

第1号様式

令和 元 年 月 日

沖縄県社会福祉協議会
福祉人材研修センター所長 殿

施設名：
住所：
施設長名：
電話番号：
FAX番号：
(担当者名：)

受講申込書(兼「質問票」)

1. 研修名称

令和元年度保育所初任保育士研修

2. 該当地区

南部地区 ・ 中北部地区

*該当地区に○印をつけてください。

3. 受講者名

優先	氏名	職名	現職経験年数※	担当クラス	当該研修受講歴
1			年 月	歳児	有・無
2			年 月	歳児	有・無

※現職経験年数(保育施設等での経験年数)は、令和元年5月末現在の年月を御記入ください。

質問票

現在、保育士として感じていることや聞きたいこと等を御記入ください。質問ではなく「保育士として何を身につけたいか」「この研修に何を期待しているか」ということでも結構です。

※受講票へ記入する際の留意点

関係者・関係機関等の個人情報に関する部分は、匿名になるように御記入ください。各自でまとめやすいかたちで、御記入いただいで結構です。

※エラーなどで正常に届いていない場合がありますので、FAX送信後に受信の御確認をお願い致します。