

FAX 098 (887) 1071 【担当：比嘉】

※誤送信防止の為、FAX番号を御確認の上お申込みください

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 認可外保育施設職員研修**

南部地区 中・北部地区

【いずれかの地区に○をして下さい】

2. 受講者名

優先	氏名	職名	現職経験年数※	担当クラス	備考
1			年 月	歳児	
2			年 月	歳児	

※経験年数は、令和元年9月末現在の年月を御記入ください。

※FAX送信後は、当センターへ受信確認の連絡をお願いいたします。

※申込後、特に連絡のない場合は受付されたものとして御出席ください。

質問票

現在困っていることなどで、講師に聞きたいことを御記入ください。

*質問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、仮名、またはAさん、B保育所等、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、御記入いただいて結構です。
- ・研修の中で可能な限り、説明等を行う予定ですが、研修日程（時間）に制約があり、すべての質問に説明いたしかねる場合がありますので御了承下さい。