

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

令和元年 月 日

住所  
機関名  
電話番号  
FAX番号

(担当者名： )

## 受講申込書 兼 質問票

1. 研修の名称 **令和元年度 子育て相談援助技術研修**

2. 受講者名

ふりがな	職 名	経験年数	経験年数
氏 名		(地域子育て支援拠点事業所)	
		年 月	年 月
		年 月	年 月

※経験年数は、令和元年9月末現在の年数を御記入ください。

※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。

3. 子育て相談援助を行う上で、講師に質問したい事項を具体的に御記入ください。