　　　TO メール　shisei@jcom.zaq.ne.jp東京都福祉施設士会　担当：髙橋

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～

**【東京都保育士等キャリアアップ研修】　申込み書**

**令和3年1月29日、　2月26日の2日間15時間（マネジメント）コース**

**下記に全てご記入のうえ、令和2年12月18日までにメールで申込みください。**

**以下のように申し込みます　（□にチェックを入れてください。）**

□**受講料免除施設に該当する。**

□**受講料免除施設・免除職員に該当しない。（申し込み確定後請求）**

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名 | フリガナ  参加者①　職名　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 法人名･施設名  代表者名 | 参加者は当保育園の職員であることを証明します。  法人名  施設名  園長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 施設住所 | 〒　　　　　　－ |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メール | メール　①    ＊予定変更・案内など、メールにて行いますので、**必ず**お書きください。  ＊なるべく参加者ご本人がメールを確認できるパソコン用のアドレスをお願いします。 |

この個人情報は研修会開催に関する連絡用に使用させていただきます。研修に関わる個人情報につきましては「福祉経営塾」関連事業に関するお知らせやご連絡のみに使用します。お客様の個人情報をお客様の同意なしに第三者に開示・提供することは有りません。お客様の個人情報は、上記共済、降園機関で適切に管理させていただきます。お申込後、受付・ご案内を発送させていただきます。研修修了者登録情報及び修了分野・修了証番号・修了年月日は都道府県間で共有されます。同意の上、お申込みください。