

(別紙1)

FAX: 088-821-6765 高知県保育士会事務局 西村 行

平成30年度 四国ブロック保育士会 リーダーセミナー参加申込書

保育所(園)名 _____

TEL — — _____

FAX — — _____

担 当 _____

No.	役職名	氏 名	備 考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

*申込時にいただいた個人情報は当研修の事務連絡および名簿作成のみに使用しその他の目的には使用しません

*平成31年1月28日(月)までにFAXでご返送ください