**大分大学教育学部附属幼稚園　　宛**

**FAX　０９７－５４３－９５１４**

**※保育力向上研修「保育参加型」を選択する方は、この申込書は使用できません**

「リカレント研修」申込書

申込日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **所属園名** |  |
| **園の住所** | （〒　　　　　　　　　　　） |
| **所属園の****電話番号** | （　　　　　　） |
| **所属園の****メール****アドレス** |  |
| **園長名** |  |
| **ふりがな****研修希望者名** | 一人目 | 二人目 | 三人目 |
| **経験年数** | 年　　　　　　月 | 年　　　　　　月 | 年　　　　　　月 |
| **希望学年****〇を付けて****下さい** | ３歳　　　４歳　　　５歳 | ３歳　　　４歳　　　５歳 | ３歳　　　４歳　　　５歳 |
| **研修希望日** | 第１希望　　　　　　　　　　月　　　　　日第２希望　月　　　　　日第３希望　　　　　　　　　　月　　　　　日　 | 第１希望　　　　　　　　　　月　　　　　日第２希望　月　　　　　日第３希望　　　　　　　　　　月　　　　　日　 | 第１希望　　　　　　　　　　月　　　　　日第２希望　月　　　　　日第３希望　　　　　　　　　　月　　　　　日　 |
| **希望者連絡先****（携帯番号）** |  |  |  |
| **備考** | ※特に、連絡しておきたいことがあれば、記入してください。 |

◎園の都合により、急遽実施できない場合は、こちらからご連絡いたします。