

# FAX送信票 03-5718-1274

大井ファミリー・サポート・センター「養成講座担当」あて

実施日:9月2日(水)講義 9月3日(木)保育園実習・講義 11月20日(金)救急救命講習

## ファミリー・サポート・センター提供会員養成講座受講申込書

太枠内に必要事項を記入または□にチェックを入れてください。

申込日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
年齢/性別	_____ 歳	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
電話番号	※日中連絡のつく番号を記入してください。		
郵便番号	〒		
住所	品川区		

保育園実習	<input type="checkbox"/> 保育士資格有り <input type="checkbox"/> 保育園勤務経験有り		
救急救命講習	<input type="checkbox"/> 3年以内に受講		
受講動機			

託児	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
----	-------------------------------	--------------------------------



お子さんの名前			
年齢	_____ 歳	_____ カ月	※2歳以上の未就学児

本講座の開催について、どこでお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> 広報しながわ	
<input type="checkbox"/> 社協ホームページ(ファミサポ通信等)	
<input type="checkbox"/> 知人から聞いた	
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	

〈事務局処理欄〉

NO. \_\_\_\_\_

受付職員			受付日	年	月	日
受講決定通知	<input type="checkbox"/> 済	送付日	_____ 月	_____ 日		
備考						