

令和8年度兵庫県子育て支援員研修受講申込書

【フォローアップ研修】

年 月 日

株式会社 東京リーガルマインド 様

私は、標記の研修について、次のとおり申し込みます。また、下記※1に定められた個人情報
情報の取扱いに同意します。

フリガナ		
氏 名		
生年月日	S・H	年 月 日
電話番号	(日中に連絡のつく電話番号を記入ください)	
メー ル アドレス		
住 所 (通知等発送先)	〒 —	
受講クラス (ご希望の日程に○ をつけてください。)	① 令和8年12月6日(日) 9:30~11:30 ② 令和8年12月22日(火) 14:00~16:00 ※両日とも同じ内容です。	
免許資格等について お持ちの資格に○をしてください。	() 保育士 () 社会福祉士 () 幼稚園教諭 () 看護師 () 保健師 () その他 () 子育て支援員	
※就業している方のみ	事業所名	
	事業所 住所	〒 —

※1 受講申込書に記載された個人情報は、本事業に必要な範囲で兵庫県及び参加各市町に提供
する場合があるほかは、適切に管理を行い、本事業以外の目的に利用することはありません。

【参加市町記入欄】

申込番号
(フォローアップ) — 市 —

※参加市町ご担当者様は、この申込書を受付された際に左枠に「市町名」、「申込番号」を記入し、必ず当該申込者にその番号を伝えてください。

受講決定者については、兵庫県のホームページにこの「申込番号」を記載した受講決定者一覧を掲載し、受講決定の可否をお知らせします。