

すずらんチャイルドケア <b>保育士等キャリアアップ研修 FAX申込書 (団体用:施設情報) 1/2</b>			
フリガナ			ご担当者生年月日(西暦)システム登録時に必要
ご担当者 姓名			年 月 日
メールアドレス	@		
メールアドレスは 大文字、小文字、ハイフン、アンダーバー、ピリオド、英字O(オ)、数字0(ゼロ)など、判別可能な状態で記入願います			
登録または受信許可設定 推奨メールアドレス		<input checked="" type="checkbox"/> すずらんチャイルドケア: jinzaikuseisuzuran2022@gmail.com <input checked="" type="checkbox"/> 研修システムmanaable: no-reply@manaable.com (すべて小文字)	
上記アドレスで、貴園受講者に関する通知を受信したいですか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
*「はい」の場合、研修受講システムに ご担当者様のアカウントを作成します			
施設名称 (正式名称)			
施設住所 (都道府県から)	〒 _____		
施設電話番号			
事業所種類 (いずれかに○)	・私立認可保育所 ・私立認定こども園 ・小規模保育事業所 ・企業主導型保育事業所 ・事業所内保育事業所 ・家庭的保育事業所 ・居宅訪問型保育事業所 ・認証保育所 ・その他( )		
オプション申込 園単位で適用します チェックがない場合は オプション無しを 適用します。	<input type="checkbox"/> オプションは申し込まない <input type="checkbox"/> 教材 印刷代行オプション 【別途 +1,100円(税込)】 研修受講ページでダウンロード可能です 印刷・郵送をご希望の場合は、当オプションをお申し込みください ※ 印刷は講師オリジナル教材を A4 両面印刷 (1枚あたりスライド4ページ分) でご提供します。白黒印刷となります <input type="checkbox"/> 修了証 印刷代行オプション【別途 +1,100円(税込)】 研修受講ページでダウンロード可能です 印刷・郵送をご希望の場合は、当オプションをお申し込みください ▶ お届け先は 上記 施設住所となります		
すずらんのキャリアアップ 研修を知ったきっかけを 教えてください	<input type="checkbox"/> 行政からの情報 <input type="checkbox"/> すずらんからのダイレクトメールや郵便 <input type="checkbox"/> 知人などから紹介 <input type="checkbox"/> すずらんのSNS(X・YouTubeなど) <input type="checkbox"/> その他( )		
受講者情報 記入上の注意点	(1)受講には個別のアドレスが必要です。園アドレスとは別に、 <u>必ず受講者様毎に、個別のアドレス</u> <u>をご用意ください</u>		
送信前の確認事項	<input type="checkbox"/> 記入した情報に誤りがないかチェックしました <input type="checkbox"/> 申込コースの受講料金を確認しました。(ホームページ等に記載) *オプションをお申込みの方は、 <u>受講料 と オプション料</u> を 合算した金額で お振込みください <input type="checkbox"/> プライバシーポリシー及び入力情報のご説明と取扱いについて確認しました		 プライバシーポリシー及び 入力情報のご説明と取扱い

別紙にて 受講者様情報 をご記入ください

1	フリガナ			お申込み コース名 (例:乳児保育 AI)
	受講者姓名			
	メールアドレス	@		
	自宅住所 (都道府県から)	〒 _____		
	受講者 電話番号		生年月日 (西暦)	年 月 日
	現在の職種 (いずれかに○)	・保育士 ・幼稚園教諭 ・保育教諭 ・保育補助 ・栄養士 ・調理師 ・看護師 ・事務職 ・その他( )		
	保育士登録番号 <small>※修了証に記載されます</small>	都 道 府 県	—	(お持ちでない方は空欄) (例)神奈川県 — 012345
	経験年数 (いずれかに○)	・3年未満 ・3年以上～7年未満 ・7年以上～20年未満 ・20年以上～30年未満 ・30年以上		
	役 職 (いずれかに○)	・ 園長、副園長、施設長 ・ 主任保育士 ・ 主幹教諭 ・ それ以外		
担当クラス (該当に○)	・1歳児 ・2歳児 ・3歳児 ・4歳児 ・5歳児 ・フリー ・その他( )			

2	フリガナ			お申込み コース名 (例:乳児保育 AI)
	受講者姓名			
	メールアドレス	@		
	自宅住所 (都道府県から)	〒 _____		
	受講者電話番号		生年月日 (西暦)	年 月 日
	現在の職種 (いずれかに○)	・保育士 ・幼稚園教諭 ・保育教諭 ・保育補助 ・栄養士 ・調理師 ・看護師 ・事務職 ・その他( )		
	保育士登録番号 <small>※修了証に記載されます</small>	都 道 府 県	—	(お持ちでない方は空欄) (例)神奈川県 — 012345
	経験年数 (いずれかに○)	・3年未満 ・3年以上～7年未満 ・7年以上～20年未満 ・20年以上～30年未満 ・30年以上		
	役 職 (いずれかに○)	・ 園長、副園長、施設長 ・ 主任保育士 ・ 主幹教諭 ・ それ以外		
担当クラス (該当に○)	・1歳児 ・2歳児 ・3歳児 ・4歳児 ・5歳児 ・フリー ・その他( )			

※ 2名以上お申し込みの場合は 本ページをコピーして お使いください