

都内の園
受講対象者
様専用

申込受付票

令和7(2025)年度 東京都保育士等キャリアアップ研修

グループ・個人様共通 申込書

お申込日 年 月 日 曜日

申込者	フリガナ					
	氏名	※研修申込担当者様名				
園情報	フリガナ					
	法人名					
	フリガナ					
	園名	(園長様のお名前)				
	住所	〒				
	e-mail	@				
	電話番号	()	備考			
	FAX番号	()				
受講申込者情報	フリガナ	科目名	希望受講日	受講形式	受講対象者※	役職名 (園長・副園長・主任等、役職がある場合は記入)
	氏名(フルネーム)					
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> zoom <input type="checkbox"/> 高田馬場現地	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 対象外	
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> zoom <input type="checkbox"/> 高田馬場現地	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 対象外	
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> zoom <input type="checkbox"/> 高田馬場現地	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 対象外	
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> zoom <input type="checkbox"/> 高田馬場現地	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 対象外	
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> zoom <input type="checkbox"/> 高田馬場現地	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 対象外	
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> zoom <input type="checkbox"/> 高田馬場現地	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 対象外	
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> zoom <input type="checkbox"/> 高田馬場現地	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 対象外	
			月 日 ()	<input type="checkbox"/> zoom <input type="checkbox"/> 高田馬場現地	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 対象外	

※受講対象者について



一般社団法人
保育栄養安全衛生協会

東京都保育士等キャリアアップ研修事務局
一般社団法人保育栄養安全衛生協会 (マカロンちゃんのNNS)
Eiyo 栄養セントラル学院
TEL 080-8443-1515
e-mail : career.bd.anzeneisei@hoiku-eiyo.com
URL : https://careerupkenshu-hoikueiyo.com



お申込み FAX : 047-423-8851

※個人情報保護方針 研修実施に際し、知得の個人情報については研修運営上必要な次の目的の範囲で利用致します。研修受講に係る手続・研修実施・運営(受講状況の確認等)研修案内・問合せ対応・研修会場への報告・都道府県からの問合せ対応・報告(修了状況)等。当該個人情報の取扱いについて受講申込時に同意戴いたものと見做します。