様式-1

令和 6 年　　月　　日

令和 6 年度　岡山県保育士等キャリアアップ研修
提出書類チェック表

※本様式-1 と受講決定者の身分証をとりまとめ同封し当財団迄送付をお願いいたします。
**　受講者数が記入欄を超過する場合はコピーしていただきお使いください。**
※様式 1 提出書類チェック表には必ず施設名と施設番号をご記入ください。
※施設番号は受講決定通知の勤務先名の前方に記載しています。

施設番号:

施設名:

受講決定分野	受講番号	受講者名	確認欄※チェック（✔）をしてください	
			本人確認書（免許証、パスポート等）	保育士証（所持者のみ）
(1)乳児保育（記入例）	9999	財団 花子		✔

＜送付先・問合せ先＞

一般財団法人 保健福祉振興財団 関西支部　岡山県保育士等キャリアアップ研修係
〒550-0003　大阪府大阪市西区京町堀 1-6-2　肥後橋ルーセントビル 5 階
〈TEL〉06-6940-6117　〈FAX〉06-6940-6119