

令和 8 年度 山口県子育て支援員研修
地域保育コース 〈乳児等通園支援事業〉

実習出席簿

受講番号：_____

受講生氏名：_____

受講生連絡先：_____

研修日時		実習先担当者印または 事業所印
1 日目	月 日 () : ~ :	印
2 日目	月 日 () : ~ :	印

上記の通り相違ありません。

施設名：_____

施設長又は主任保育士氏名：_____ 印

この出席簿は実習終了後、受講者が当財団まで返送ください。