

令和6年度 山口県子育て支援員研修

地域保育コース 〈地域型保育〉

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。