

2011年度 サポーター（子育て・家族支援者）養成講座 申込書
 はるこどもクリニック サポーター養成講座 担当宛

⇒ **FAX送信先:0138-65-0508**

＜主催・連絡先＞
はるこどもクリニック
 七飯町本町6丁目7-42
 TEL:0138-65-0500

＜受講者氏名・連絡先＞ ▼※印は必須です。連絡先は、必ず繋がるものをお願いします。

フリガナ	※	生年月日	※	年	月	日
氏名	※	年齢	※	才		
		性別	※	男・女		
住所	※〒 ()					
電話	※ ()	FAX	※			
携帯		E-mail		@		

＜勤務先＞ ▼※印は必須です。ただし、連絡先(△印)は勤務先を希望する方のみ、必須になります。

名称	※					
住所	△〒 ()					
電話	△ ()	FAX	△			

＜関連情報＞ ▼※印は必須です。ただし、資格等に関しては、ある方のみで結構です。

希望連絡先 (ひとつに○)	※ 自宅 (電話・携帯・FAX) 勤務先 (電話・FAX)					
希望郵送先 (どちらかに○)	※ (自宅・勤務先)					
関連資格 (どちらかに○)	※ (あり・なし)					
資格等	＜上記で“あり”と答えた方は、どのような資格が具体的にお書きください＞					
	※					
職歴等	＜簡単にお書きください＞					
	※					
講座受講理由	＜簡単にお書きください＞					
	※					

＜アンケート＞ ▼差し支えない範囲でお答えください。

最後に、この講座をどこで知りましたか？ (いくつでも○)		
1. 受講生募集のチラシ	＜どこでチラシをご覧になりましたか？	>
2. インターネット・HP等	＜どちらのHPをご覧になりましたか？	>
3. 知人・友人から	＜どのような御関係・職種の方でしたか？	>
4. その他	<	>

ご協力ありがとうございました。用紙上部にあります宛先へFAXにて送信ください。
 また、ご不明な点はクリニック窓口（養成講座担当）まで、お気軽にお問合せください。
 ※講座第1回目は、2011年5月19日（木）18:00～20:00
 はるこどもクリニック2階“療養指導室”にて行います。

▼事務局記入欄 ※これより下は何も記入しないでください。

受付日	必修講座						特講		
	5/19 (木)	6/2 (木)	6/23 (木)	7/14 (木)	9/1 (木)	9/8 (木)	5/29 (日)	7/10 (日)	8/7 (日)
/									
出席									