

< 第 1 回 H.29.06.15 (木) >

平成 2 9 年度 熊本子育てネット カウンセリング研修会

参 加 申 込 書

保育園名 (所属団体名) _____

支援センター名 _____

住 所 _____

電 話 (FAX) _____ (_____)

参 加 者 氏 名

職 名

1 . _____

2 . _____

3 . _____

【 修了証作成のため、氏名は大きく、はっきりとご記入下さい。 】

申込先 事務局 (高田東部保育園) 八代市豊原上町 2 9 2 0 番地 2 の 4
TEL 0965-32-4690 mail:kouda999@gold.ocn.ne.jp

FAX 0 9 6 5 - 3 2 - 5 4 9 6

この研修案内は HP (<http://www.k-kosodate.jp/>) からダウンロードできます。