

氏 名	
幼稚園名	

研修会名 (講座名)	公私立幼稚園・こども園就学前教育相談コーディネーターフォローアップ研修講座B
年月日	令和5年8月22日(火)～9月22日(金)
講師名	子ども教育支援課 ()
時間数	1時間00分

本研修を受講したことを証します。

神奈川県立総合教育センター

研修会担当者 _____ 印