**令和５年度　都道府県・指定都市・中核市指導監督中堅職員研修**

 **（社会福祉法人・障害者福祉施設担当）受講申込書**

　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先名（部署名もご記入下さい） | 受講希望者氏名**（ふりがな）** | 性別 男 ・ 女 |
| 職 名 |  |
| 勤務先住所（都道府県名からご記入下さい）〒TEL　　　　　－　　　－　　　　　　FAX　　 　　 －　　　－e-mail（個人宛連絡が届くアドレス） | 研修開始日現在の現所属での経験年数 |  　　　　 年　　　か月（現所属において障害者福祉に関する法人・施設・サービス等の指導監督・監査経験を1年以上有する方が対象） |
| 現職の業務内容 | （当てはまるもの全てに○）１. 法人指導監査２. 施設指導監査（検査）３. サービス事業者指導監査４. その他（　　　　　　） |
| 現職を除く指導監督業務経験年数 | 　　　　　年　　　　か月 |
| 今年度の他担当の指導監督研修受講申し込みの有無※　１．なし　　２．あり　⇒（申込研修に〇：１．老人福祉施設担当、２．児童福祉施設担当） |

※令和４年度より都道府県・指定都市・中核市指導監督中堅職員研修の３研修の中で、複数研修の受講が可能となりました。初日・２日目の合同研修と、それぞれの３日目の研修を受講することで、複数研修を受講し修了できます。（例：障害者福祉施設担当と児童福祉施設担当受講の場合、５月２９日、３０日、６月１日、２日の４日間受講すると、２研修の修了となります）

1. **研修期間**

令和５年５月２９日(月)、３０日(火)、６月１日(木) ３日間＋（事前にビデオ聴講・事前課題あり）

**２．受講申込**　　**都道府県等の社会福祉主管部（局）長経由**で

①公文書（参考様式）、②受講者推薦名簿、③本紙　受講申込書、を以下によりご提出下さい。

②受講者推薦名簿　は、応募者が１名の場合は省略しても結構です。

**申込受付期間：令和５年３月２２日（水）～４月１４日（金）郵送必着**

**３．受講者決定**　定員の範囲内で受講者を決定し、その結果を社会福祉主管部（局）長あてに通知します。

**４．経費**　　　 受講料は必要ありません。

連絡先【受講申込書等提出先】　　　　国立保健医療科学院　総務部研修・業務課研修第三係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒351-0197　埼玉県和光市南２－３－６

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL ０４８－４５８－６１９０（ダイヤルイン）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Email　kensyu.info@niph.go.jp