**令和５年度　福祉事務所長研修　受講申込書**

　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先※名（部署名もご記入下さい）  ※兼務されている場合は兼務先の情報もご記入ください。 | 受講希望者氏名  **（ふりがな）** | | 性別  男 ・ 女 |
| 職 名※ | ※兼務されている場合は兼務先の職名もご記入ください。 | |
| 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） | 研修開始日現在の福祉事務所長としての年数 　 年　 　か月  福祉現業業務経験年数 　　　　　 年　 　か月  上記以外の保健医療福祉関係業務経験年数  　　　　　　　　　　　　　　　 年　 　か月  ＊本研修は福祉事務所長の職にある方を対象としていることをご確認のうえお申し込みください。 | | |

**１.研修期間**　　令和５年７月２６日（水）～７月２８日（金）３日間

事前動画視聴2時間程度、事前課題作成A4 2枚程度

**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４月２７日（木）～５月２６日（金）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