**令和５年度　生活保護自立支援推進研修　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 |
| 勤務先種類（該当するものに〇）  　本庁　・　福祉事務所　・  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 職名  （該当するものに〇） | 生活保護担当査察指導員・  生活保護担当現業員・  その他（　　　　　　　　　） | |
| 勤務先住所（都道府県名からご記入下さい）  〒  TEL　　　　　－　　　－  FAX　　　　 －　　　－  e-mail（個人に連絡がとれるアドレス） | 生活保護の自立支援に関する事業を推進する業務の実務経験年数 | 年　　か月  （研修開始日時点） | |
| 上記以外の福祉関係業務の経験年数 | 年　　か月 | |
| 有している資格  （該当するものに〇） | 社会福祉主事・社会福祉士・  精神保健福祉士・  その他（　　　　　　　　　） | |

**１.研修期間**　　令和５年９月１３日（水）～９月１５日（金）　３日間＋事前課題提出（A4判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６月１日（木）～７月３日（月）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