**令和５年度　児童相談所の連携機能強化に向けた中堅職員研修**

**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 |
| 職　名 |  | |
| 勤務先住所（都道府県名からご記入下さい）  〒  TEL　　　　　－　　　－  FAX　　　　 －　　　－  e-mail（個人に連絡がとれるアドレス） | 職　種 | 児童福祉司　・　児童心理司　・　保健師 | |
| 研修開始日現在の児童相談所通算勤務年数  　　　　年　　　　か月 | | |
| 研修開始日現在の児童福祉司、児童心理司又は保健師の経験年数  　　　　　　　　年　　　　か月 | | |
| 現職を除く福祉業務経験年数  　　　　年　　　　か月 | | |
| 現職を除く福祉業務経験の内容（該当するものに〇）   1. 児童福祉　　　　４．生活保護 2. 老人福祉　　　　５．その他（　　　　　　　　　） 3. 障害者福祉 | | |

**１.研修期間**　　令和５年１１月８日（水）～１１月１０日（金）　３日間＋課題提出（事前課題）

**２.受講申込**　　都道府県等の子育て支援主幹部（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８月３日（木）～９月１日（金）必着**

**３.受講者決定**　定員の範囲内で受講者を決定し、その結果を子育て支援主管部（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・業務課企画係

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL ０４８－４５８－６１８７（ダイヤルイン）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Email　kensyu.info@niph.go.jp