**令和６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**

※こちらの申込書は「社会福祉法人・障害者福祉施設担当」の方用です。  
老人、児童は別用紙になりますのでお間違えのないよう確認をお願いいたします。

　　　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） | | | | |

※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です。  
複数研修を受講する場合、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、各研修を修了できます。（例：障害者福祉施設担当と児童福祉施設担当受講の場合、６月３日、４日、６日、６月７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６年６月３日(月)、４日(火)、６日(木) ３日間　＋[事前のビデオ聴講・事前課題]

**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６年３月２１日（木）～４月１２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