**令和６年度　女性相談支援従事者研修　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○）  　・本庁（婦人保護担当部局）　・女性相談支援センター　・福祉事務所　・　配偶者暴力相談支援センター  　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 職名  （該当するものに○） | 所長・部署の統括的立場・  相談指導員・心理判定員  一時保護所職員・女性相談支援員  その他（　　　　　　　　　） | |
| 連絡先（本研修に関して受講希望者に連絡する場合の連絡先「メールアドレスおよび電話番号｣をご記入ください。）  ※連絡先は個人の携帯番号やメールアドレスでも構いません。  日中、連絡がとりやすい連絡先をご登録ください。  TEL：  Mail： | 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・臨床心理士  公認心理師・保健師・保育士  その他（　　　　　　　　　） | |
| 婦人保護事業に関する業務の経験年数（これまでの延べ年数） | 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（これまでの延べ年数） | 年　　 か月 | |

**１.研修期間**　令和６年１１月２７日（水）～１１月２９日（金）３日間＋事前課題提出

**２.受講申込**　　都道府県の婦人保護事業主管部（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８月１３日（火）～９月１３日（金）必着**

**３.受講者決定**　定員の範囲内で受講者を決定し、その結果を婦人保護事業主管部（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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒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](mailto:kensyu.info@niph.go.jp)