**令和７年度　女性相談支援従事者研修（管理職）　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（女性支援担当部局）　・女性相談支援センター　・女性自立支援施設　　　　　・福祉事務所  　・民間団体  　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 職位（該当するものに〇）  　・センター長 ・施設長  ・団体代表 　・統括女性相談支援員  　・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 女性支援事業業務の経験年数（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経験年数（これまでの延べ年数）  年　　 か月（研修開始日時点） | |

**１.研修期間**　令和７年１１月２５日（火）～１１月２７日（木）３日間＋事前課題提出

**２.受講申込**　　都道府県の女性支援事業主管部（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７年８月１２日（火）～９月１２日（金）必着**

**３.受講者決定**　定員の範囲内で受講者を決定し、その結果を女性支援事業主管部（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)