令和６年度　全国児童自立支援施設職員研修申込書

**※メール（Word）にて申込書を送付してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 |  |
| 期間 |  |
| 場所 | 国立武蔵野学院・国立きぬ川学院 |
| 備考 | 食物アレルギー（　無　・　有：　　　　　　　　　　　　　　　　）  有の場合は品名を記入して下さい |
| 施設名 |  |
| （ふりがな）  参加者名 | 性別（　　　）　年齢（　　　　）  TEL　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　E-mail |
| 職名 |  |
| 研修内容等を送付等する連絡先 | 氏名（ふりがな）：  メールアドレス：  ★参加者と同じ場合は記入しないで結構です。  ★研修内容はメールでやりとりします。必ずどちらかにお書きください。 |
| 職歴  ※詳細をお書きください  ★詳細にお書き下さい。選考の際、参考にさせていただきます。記載が不十分の場合、やむなく選考外になることもありますので、ご了承ください。 | 児童自立支援施設勤務歴【通算】　　　年目  児童相談所勤務歴【通算】　 　　年  児童福祉勤務歴【通算】　　　年目  （保育施設、児童館を除く） |
| 以上のとおり、令和６年度全国児童自立支援施設職員研修に申し込みます  　　　　　年　　　　月　　　　　日  　　　　施設長名  国立武蔵野学院附属人材育成センター長　宛 | |

※申込時に得た情報は、研修業務（研修会要項の名簿掲載、講師及び見学先への名簿提供を含む）以外の目的で利用しません。