令和４年度　全国児童自立支援施設職員研修申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 |  |
| 期間 |  |
| 場所 | 国立武蔵野学院・国立きぬ川学院・オンライン（当てはまる方に○をつけて下さい） |
| 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 |  |
| 　申込担当 | 　担当者名：　メールアドレス： |
| （ふりがな）　参加者名 | 性別（　　　）　年齢（　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 メールアドレス：  |
| 　　職名 |  |
| 　　職歴（できるだけ 詳細に） |   　児童自立支援施設勤務歴【通算】　　　　年目 |
| 以上のとおり、令和４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　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 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。