

【自治体(都道府県・指定都市)の皆様へ】
受講希望者の申請書取りまとめ及び推薦について

研修日程	課程名	申込方法	自治体への申込み期間	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 必着日	受講料	定員	主任 副主任
平成29年 6月15日(木)～16日(金)	(第12回) 発達障害地域包括支援研修: 早期支援	自治体 推薦※	3月24日(金)～4月14日(金)	4月25日(火)	無料	67 組	神尾 陽子 高橋 秀俊 石飛 信
9月27日(水)～28日(木)	(第10回) 発達障害地域包括支援研修: 精神保健・精神医療	自治体 推薦※	6月30日(金)～7月21日(金)	8月4日(金)	無料	67 組	神尾 陽子 高橋 秀俊 石飛 信
7月5日(水)～6日(木)	(第23回) 発達障害支援 医学研修	自治体 推薦	4月6日(木)～4月27日(木)	5月12日(金)	無料	60	稲垣 真澄 加賀 佳美 北 洋輔
平成30年 1月24日(水)～25日(木)	(第24回) 発達障害支援 医学研修	自治体 推薦	10月26日(木)～11月16日(木)	11月30日(木)	無料	60	稲垣 真澄 加賀 佳美 北 洋輔

※事前課
題あり

1. 受講者の推薦をお願いいたします。

- ①各研修課程要項詳細をご確認の上、対象となる方にお声がけ下さい。
(発達障害地域包括支援研修の2研修の募集枠は各自治体1組となります。)
- ②要項もしくはHPに掲載される「受講願書」「履歴書」にご記入の上、ご提出いただいで下さい。
- ③事前課題がある研修は**事前課題**を作成して下さい。
(様式はHPに掲載。各自治体で1つの事前課題を作成。)

2. 受講希望者からの書類受領後の手続き

- ①受講希望者から送られてくる申請書類の不備確認をお願いいたします。
 - ・「受講願書」「履歴書」(「事前課題」)の書類/捺印の有無
 - ・「履歴書」後半の「所属先推薦書」の記載の有無
 - ・E-Mailアドレスの記載の有無
 (受講に関してのご連絡は全てメールとなりますので必ず記載をお願いいたします。)
- ②上記課程一覧に記載の「自治体への申込み期間」最終日を締切として、研修課程ごとに、お取りまとめをお願いいたします。
- ③上記「国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所必着日」までに鑑文を付けて、ご提出をお願いいたします。

3. 提出先

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 研究所事務室 研修担当

4. 受講可否通知について

各研修開始の約1ヶ月前までに研修申込者に受講可否結果をE-mailにて通知いたします。
各自治体には郵送にて結果をご連絡いたします。

5. 研修名の変更について

平成29年度より以下2研修の課程名称を変更いたしました。

(旧名称)		(新名称)
発達障害早期総合支援研修	→	発達障害地域包括支援研修:早期支援
発達障害精神医療研修	→	発達障害地域包括支援研修:精神保健・精神医療