受　　講　　願　　書

　　年　　月　　日

国立研究開発法人

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所長　様

勤務先

勤務先所在地

現住所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

貴所の令和5年度 第4回発達障害者支援研修：指導者養成研修　（　パートⅠ・パートⅡ・パートⅢ　／　行政実務研修　）を受講したいので、関係書類を添えて申請します。

＊パートⅠ～Ⅲ、行政実務研修を通しで受講希望の方は、ご希望の研修に〇を付けてくだ　さい。通しで受講申込された場合は、2回目以降の受講願書のご提出は不要となります。

また、受講対象者としては、下記に該当します。

（　　）行政的な立場で研修の実施に携わる者

（　　）医療、保健、福祉、教育等の分野で支援に携わる者

（　　）その他

　　※いずれか1つに〇をお付け下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | |  | | | 性別 | ※この欄には記入しないこと | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | 男・女 |
| 受　　　　　理 | | | | 判定 |
| 生年月日 | | | | 昭和・平成  　　年　　 月　　 日 生(　 歳) | | | | 年　　月　　日 | | | |  |
| 自宅住所 | | | |  | | | | | | | | |
| 勤務先 | | 名称 | |  | | | | | | | | |
| 所属部署 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | 〒 | |  | | |
| 電話 | |  | | |
| E-Mail | |  | | |
| 現在の職種  （一つ選択） | | | | ・医師（精神科）　　 ・公認心理師　 　　　・社会福祉士  ・医師（小児科） 　　・臨床心理士 　　　・言語聴覚士  ・医師（その他）　　 ・臨床発達心理士　　　・薬剤師  ・保健師 ・精神保健福祉士　　　・その他  ・看護師 ・作業療法士　　　　　（　　　　　　　　 　） | | | | | | | | |
| 最終学歴 | | | | 学校・学部・学科名 | | | | 卒　　　　　　業 | | | | |
|  | | | | 年　　　月 | | | | |
| 看護関係学歴  （看護師のみ記入） | | | | 学校・学科 | | | | 卒　　　　　　業 | | | | |
|  | | | | 年　　　月 | | | | |
| 取得免許  (医療関係に限る) | | | | 免許の名称 | 登録番号 | | | 取得年月日 | | | | |
|  |  | | | 年　　月　　日 | | | | |
|  |  | | | 年　　月　　日 | | | | |
|  |  | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 精神保健関係の  研修受講歴 | | | | 研　　　修　　　名 | | | | 受　講　期　間 | | | | |
|  | | | | 年　月から  年　月まで | | | 年　ヵ月 | |
|  | | | | ：　：  ：　： | | | ・ | |
| 職歴 | | | | 勤務先・所属部課・診療科名 | | 職名 | | 勤務期間 | | | | |
|  | |  | | 年　月から  年　月まで | | | 年　ヵ月 | |
|  | |  | | ：　：  ：　： | | | ・ | |
|  | |  | | ：　：  ：　： | | | ・ | |
|  | |  | | ：　：  ：　： | | | ・ | |
|  | |  | | ：　：  ：　： | | | ・ | |
|  | |  | | ：　：  ：　： | | | ・ | |
| 精神科関係の勤務歴（通算） | | | | | | | | 年　　　ヵ月 | | | | |
| 現在の職務内容  (簡明に記載) | |  | | | | | | | | | |
| 研修志望理由 | |  | | | | | | | | | |
| 研修内容に  対する要望等 | |  | | | | | | | | | |
| 研修企画・講師歴  （直近3年間について記載） | | 研修名 | | | | | | 役割（どちらかに〇） | | | |
|  | | | | | | 研修講師・企画運営等 | | | |
|  | | | | | | 研修講師・企画運営等 | | | |
|  | | | | | | 研修講師・企画運営等 | | | |
| 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の企画や講師の予定について | |  | | | | | | | | | |
| 備考欄 | |  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| (受講推薦理由) |
| 上記の者を貴所の第4回発達障害者支援研修：指導者養成研修（パートⅠ・パートⅡ・パートⅢ／行政実務研修）研修受講生として推薦いたします。  施　設　名  所　在　地  推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　年　　月　　日  国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター  精神保健研究所長　　様 |