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　　　　　　　　　　　　　　　㊞

該当研修要項を踏まえ、貴所の令和7年度 第6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。

（　　）医療、保健、福祉、教育等の分野で臨床・支援に5年以上　関わった経験を有し、指導的な立場にある者

（　　）行政的な立場で研修の実施に携わる者もしくは発達障害者支援センター職員等

* 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 | 【必須】 |
| 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 |
| **【回答必須】**「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 |  |
|  | **※「予定なし」の場合は下記□にチェックをお願いします。**（本項目にチェックがない場合には基本的には受講の対象となりません。）□自治体より研修会企画又は講師の依頼を受けた場合は特別な理由がない限り引き受けます。 |

|  |
| --- |
| (受講推薦理由) |
| 上記の者を貴所の第6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 |