令和８年度専門里親認定研修申込書

以下の者を令和８年度専門里親認定研修の参加者として申し込みます。

令和８年　　月　　日

都道府県・指定都市・児童相談所設置市区児童福祉主管部局長

氏　名	フリガナ	年齢	歳	性別	
住　所 連絡先	〒 電話　　（　　）　　（日中に連絡がとれる電話番号を記入してください） メールアドレス ※受講決定通知および考査課題等、郵送を希望される場合は、宛先を記入し切手を貼付した返信用封筒を送付いただくことをお願いいたします。				
管轄児童相談所名					
資　格	・　養育里親（＊里親で専門職の場合は両方に〇をしてください） ・　専門職（職名：　　） ・　その他（　　）				
通算経験年数	・　養育里親として　　年から　　年まで　　年目 ・　専門職として　　年から　　年まで　　年目				
(現在) 受託児の有無と人数・年齢	・　い　る　⇒　　人　子どもの現年齢と受託時の年齢 歳（　歳から)、　歳（　歳から)、　歳（　歳から） 歳（　歳から)、 ・　いない　（かつていた　⇒　　人）				
実子の有無	・　い　る　⇒　　人（末子の年齢　　歳） ・　いない				
希望会場 （〇をつけてください）	・東京会場　　・大阪会場　　・どちらでも				
最終学歴					
職　歴					
備　考					

※ご記入いただいた個人情報は、本研修の運営および連絡の目的に限り使用し、適切に管理いたします。

＜担当者＞

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Tel.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Email ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿