

県立こども発達支援センター行【FAX (078) 943-3830】

※申し込み期間 10月18日(金)～

→ [グーグルフォームからお申し込みはこちら](#)



令和6年度 第4回スキルアップ研修

●参加希望者（申込書はおひとり様につき1枚の記入をお願いします）

ふりがな		年齢
氏名		歳
資格	<input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
連絡先 (住所)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 〒	
メールアドレス	※紛らわしい英文字、数字ははっきりと分かりやすくご記入ください。 (例：0 (ゼロ)、o (オー)、h (エイチ)、n (エヌ)、1 (イチ)、l (エル) 等…)	
電話番号		

(1) 現在の所属についてお尋ねします。

勤務先	<名称>			
	<種別>			
職名	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他（ ）			
勤務年数	<input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
勤務形態	<input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3～5年 <input type="checkbox"/> 6～10年 <input type="checkbox"/> 10年以上			
勤務日数	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤			
勤務職種	<input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> 週4日 <input type="checkbox"/> 週3日 <input type="checkbox"/> 週2日 <input type="checkbox"/> 週1日 <input type="checkbox"/> その他			
業務内容	<input type="checkbox"/> 自分以外の心理士 <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 個別療育 <input type="checkbox"/> 集団保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

(2) 現在、上記以外の職場はありますか。

上記以外の職場の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
有の場合は領域	<input type="checkbox"/> 福祉	<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 医療

(3) 今回の研修で話題にしたいことがあれば、ご記入ください。

※記載いただきました個人情報、研修に係る目的以外には使用しません