社会福祉法人鳥取こども学園訪問研修申込書

鳥取こども学園　理事長　宛

申　込　者

住　　　所

代表者氏名

連　絡　先

申込み年月日　　　　　年　　　月　　　日

次のとおり訪問研修の受入を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問研修希望年月日 | 年　　　月　　　　日（　　　） | |
| 希望時間 | 時　　　分　から　　　　　時　　　　分まで | |
| 研修者人数 | 人 | |
| 研修者所属団体等 |  | |
| 訪問研修希望  施設･事業 | 同  一  敷  地  内 | □鳥取こども学園（児童養護施設）  □鳥取こども学園希望館（児童心理治療施設）  □鳥取こども学園乳児部（乳児院）  □鳥取みどり園（幼保連携型認定こども園）  □その他の施設・事業（ |
| 敷地外 | □鳥取フレンド・鳥取スマイル・はればれ（自立援助ホーム）  □その他の施設・事業（ |
| 説明等 | □説明を必要とします。　□講演を必要とします。 | |
| 訪問研修の目的・趣旨（具体的に記載してください。） | | |

※法人の都合で受け入れできないときがあります。

※資料代として研修者１人あたり５００円を御用意ください。

※子どもたちの生活を優先するため、居室等の訪問は御遠慮いただくことがあります。

　連　絡　先　　FAX０８５７－２３－０２４２　TEL　０８５７－２２－４２０６

　Email　　　　[toriko@tottorikodomogakuen.or.jp](mailto:toriko@tottorikodomogakuen.or.jp) 担当者　竹中成代（乳児部院長）