

## 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 敷 地 内 <input type="checkbox"/> 鳥取こども学園（児童養護施設） <input type="checkbox"/> 鳥取こども学園希望館（児童心理治療施設） <input type="checkbox"/> 鳥取こども学園乳児部（乳児院） <input type="checkbox"/> 鳥取みどり園（幼保連携型認定こども園） <input type="checkbox"/> その他の施設・事業（
	敷 地 外 <input type="checkbox"/> 鳥取フレンド・鳥取スマイル・はればれ（自立援助ホーム） <input type="checkbox"/> その他の施設・事業（
説明等	<input type="checkbox"/> 説明を必要とします。 <input type="checkbox"/> 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 FAX 0 8 5 7 - 2 3 - 0 2 4 2 TEL 0 8 5 7 - 2 2 - 4 2 0 6

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