

令和 年 月 日

専門職連携における届出書

(宛先) 公益財団法人こども財団
理事長 様

(申請者情報) こども食堂名 _____

代表者氏名 _____

対 象 者			
連 絡 先			
住 所			
有する資格 ※有効期限内のもの に限る	☐ 公認心理師 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 歯科衛生士 ☐ その他 (	☐ 臨床心理士 ☐ 看護師 ☐ 栄養士	☐ 社会福祉士 ☐ 保育士)
所属・役職等			
活動実績			
こどもの居場所づくり事業における活動内容 (※こどもや保護者への相談対応、運営者へのフィードバック等は必須です)			