**FAX　０８７－８６７－０４２０**

令和元年度香川県医療的ケア児等コーディネーター―養成研修等

受講申込書

かがわ総合リハビリテーション福祉センター　医療的ケア研修担当　大野　行き

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  受講者氏名 |  | | | 性別 | 生　年　月　日 |
|  | | | 男・女 | 昭和／平成　 年 月 　 日 |
| 希望研修  どちらかに○印を願います | １．医療的ケア児等支援者養成研修（2日間）  　　　　　令和元年　10月31日（木）～11月1日（金）  ２．医療的ケア児等コーディネーター養成研修（4日間）  　　　　　令和元年　10月31日（木）～11月1日（金）  　　　　　令和元年　11月14日（木）～11月15日（金） | | | | |
| 所属団体名 | 法人名  個人の場合は（個人）と記入 | | | | |
| 所属団体住所 | 住所　〒  電話：　　（　　　）―　　　　　FAX：　　　（　　　）― | | | | |
| 自宅住所 | 住所　〒  電話：　　（　　　）―　　　　　FAX：　　　（　　　）― | | | | |
| 職　種  ○印を願います | 1．相談支援専門員　　　　　2．保健師・看護師  ３．その他　　具体的にご記入願います | | | | |
| 現在、相談支援専門員以外の方で、今後その職で従事する予定がある場合は就任予定時期 | | | 令和　　　年　　　月 | | |
| 現在医療的ケア児等に関わる業務に従事していますか？　○印を願います  １．している　　担当人数 (　　)人　　２．していない | | | | | |
| 配慮すべき事項 | | ※座席の配慮等のサポートが必要な場合はこちらへ記入ください | | | |

　※ご記入いただいた個人情報は研修運営・コーディネーター名簿作成の為にのみ使用し他の目的には使用しません