

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 をお願いします	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 ○印をお願いします	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？ ○印をお願いします 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