令和３年度徳島県

医療的ケア児等コーディネーター養成研修申込書

令和3年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所属（事業所・施設）名 |  |
| 所属長 |  |
| 所属住所※ | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 担当するエリア |  |

※本研修の申し込みは、所属先からの推薦を受けているものとして取り扱います。また、所属住所は受講決定通知や納付書及び修了証の送付先になります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 徳島赤十字ひのみね総合療育センター園長　殿 | | | | | | 所属内優先順位 | |
| ／　　　人中 | |
| ふりがな  受　講　者　氏　名 | | | | 生　年　月　日 | | | |
|  | | | | 昭和・平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| ※修了証書に記載しますので、正確にご記載ください。 | | | | ※修了証書に記載しますので、正確にご記載ください。 | | | |
| 職名 | ※現在の職名をご記入ください。 | | Web受講  アドレス | | ※一人一端末になります。 | | |
| 配慮事項 | ※手話通訳・要約筆記等、受講にあたり配慮が必要な事項があればご記入ください。 | | | | | | |
| 所属先の  実施事業 | ※該当するもの「〇」をつけてください。  相談支援事業所　・　障がい福祉サービス事業所　・　児童発達支援センター  障がい児通所支援事業所　・　訪問看護事業所  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 実務経験 | ※福祉サービスに携わった期間をご記入ください。  通算　　　　　年　　　　　月　（令和3年12月1日現在） | | | | | | |
| 医療的ケア児等支援歴 | ※医療的ケア児等を支援した年月をご記入ください。  通算　　　　　年　　　　　月　（令和3年１2月１日現在） | | | | | | |
| 従事状況 | ※該当するもの「〇」をつけてください。  １　現在、医療的ケア児等を担当している　　　　　　 ２　過去、医療的ケア児等を担当したことがある  ３　今後、医療的ケア児等を担当する予定がある　　４　業務として従事する予定がない | | | | | | |
| 今後、徳島県のホームページにおいてコーディネーターの情報を公開することについて承諾します。 | | | | | | | |
| 研修終了後の公開情報  ※上記情報と同じの場合は☑のみ | 事業所・施設名 |  | | | | | * 同上 |
| 住　所 |  | | | | | * 同上 |
| 電話番号 |  | | | | | * 同上 |
| FAX番号 |  | | | | | * 同上 |
| 担当するエリア |  | | | | | |

※記入漏れがあった場合、受講決定ができない場合があります。