別紙様式２

令和２年度　佐賀県医療的ケア児等コーディネーター養成等研修
受講申込書

令和２年度佐賀県医療的ケア児等コーディネーター養成研修に、下記の者を受講させたいので推薦します。

令和　　年　　月　　日

事業所名

代表者氏名　　公印

ふりがな 受講者氏名		性　別	生　年　月　日
			昭和・平成 年　　月　　日
所　属	※個人受講の場合は「個人受講」と記入		
連絡先 （個人受講の方は自宅住所）	（〒　　－　　） 住所 TEL　　FAX （電話番号は、昼間、連絡が取れる番号をお願いします。）		
職　　種		事業所内 優先順位	
保有資格 （あれば記載）	社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士・保健師・看護師・保育士・教諭 リハビリスタッフ・その他（　　）		
事業種別			
希望研修	□医療的ケア児等支援者養成研修（10 月 28 日・29 日） □医療的ケア児等コーディネーター養成研修（全日程）		
備　考	※座席の配慮等のサポートが必要な場合はこちらにご記入ください		