

令和元年度 佐賀県医療的ケア児等コーディネーター養成研修
受講申込書

令和元年度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		
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・介護支援専門員・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(9月26・27日) ☐ 医療的ケア児等コーディネーター養成研修(9月26・27日、10月1・2日)		
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		

(注) 希望研修には、☒点チェックをお願いします。