

令和4年度山口県医療的ケア児等支援者養成研修

令和4年度山口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 年 月 日

下記のとおり受講を申し込みます。

研修種別	※該当する研修にチェック <input type="checkbox"/> 医療的ケア児等支援者養成研修 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児等コーディネーター養成研修		
ふりがな		性別	生年月日
受講生の氏名		男・女	年 月 日
受講生の 住所及び連絡先	〒 -		
	TEL		
	E-mail		
所属	事業所の名称 ※行政職員の場合は、市町名および所属	法人名	
		事業所名	
	事業所所在地 及び連絡先	〒 -	
		TEL	FAX
事業種別 (サービス種別)			
同一事業所内の 推薦順位 ※複数申込の場合のみ記入	番目 / 人中 ※定員の関係で調整をお願いする場合があります。同一事業所から複数申込の場合は必ず順位をつけておいてください。		
受講者の職種	※相談支援専門員、保健師、看護師、保育士、介護職員 など		
受講証明書の 希望の有無	支援者養成研修の受講証明書を希望する場合にチェック <input type="checkbox"/> 希望する ※コーディネーター養成研修修了者には全員、修了証を交付します。		
受講上の配慮事項	(電動車椅子使用、介助者同行など具体的に記入してください。)		

※ご記入いただいた個人情報は研修運用のみ使用し、他の目的には使用しません。