

令和5年度山口県医療的ケア児等支援者養成研修

令和5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 <u>いずれかに</u> チェック ☐ 医療的ケア児等支援者養成研修 ☐ 医療的ケア児等コーディネーター養成研修			
ふりがな		生年月日（受講証明書・修了証に記載）			
受講生の氏名		S. H. 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、市町名及び所属	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)				
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営にのみ使用し、他の目的には使用しません。

★迷惑メール対策をされている方は、当事務局からのメールが届くように設定をお願いします。

★アドレスや連絡先をFAXで正確に読み取れるようはつきりご記入ください。