**令和６年度 和歌山県医療的ケア児等コーディネーター養成研修等受講申込書**

**受講希望コースのどちらかに　　　　をしてください**

医療的ケア児等支援者養成研修（講義のみ：２日間）

医療的ケア児等コーディネーター養成研修（講義と演習：４日間）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属事業所（所属団体） | 法人名又は行政機関 |  |
| 事業所名又は所属 |  | 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| サービスの種類 |  |
| 申込者の基本情報 | ふりがな |  | 生年月日 | （和暦） |  | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 |  | 医療的ケア児等に係 る 業務経験 |  | 有 |  | 　無 |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 現在の役職 ・ 職種 |  |
| 不測事態時の連絡手段（携帯電話およびメール・アドレス） | 　　　　　　　　**（　　　　　　　　）** |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**＠** |
| 市町村への名簿提供の同意 | 県内市町村における医療的ケア児等支援体制整備のため、研修修了後、研修修了者として県内市町村に対し修了者名簿を情報提供されることについて、 | **どちらかを〇で囲んでください。**同意します　・同意しません |
| 配慮事項 | 車いすの利用・手話通訳等の必要性等配慮すべき事項があれば記入 |

＊ サービスの種類には 障害児支援、行政、病院、教育等を記載してください

＊ ご記入いただいた個人情報は研修運営のため、受託法人と県で共有します。

＊ 研修修了者については、修了証書番号、修了年月日、氏名、連絡先等の必要事項等を記載した名簿を作成し、県が管理します。

（受付印） 　　　　　月　　　日