令和7年度佐賀県医療的ケア児等コーディネーター養成研修 受講申込書兼推薦書

受講を希望する 研修種別	□医療的ケア児等コーディネーター養成研修	※コーディネーター養成研修とフォローアップ 研修はどちらも4日間の受講にな
ががを埋が 該当するものを■で表示	□医療的ケア児等コーディネーターフォローアップ研修	ります。後日支援者養成研修はア
コーディネーター修了年月日	*西暦で入力 年 月 日	ーカイブ動画で配信します。
受講者氏名	ふりがな	-
	お名前	
生年月日	*西暦で入力 年 月 日	
所属	法人名	
	職場名	
	職種・役職等	
	事業所の所在地 〒	
	電話番号	
	FAX 番号	
	メールアドレス	
所属の種別 該当するものを■で表示	□相談支援事業所 □医療機関	
	□訪問看護ステーション □児童発達支援センター	
	□行政機関 □その他()
資格/経験年数 該当するものを■で表示	□相談支援専門員 ()年 □社会福祉	士 () 年
	□看護師 () 年 □保健師	() 年
	□その他 () 経験年数 ()年
医ケア児支援 経験年数/業務内容	()年 / 業務内容 ()
協議の場への	□参加している 会議名 ()
参加状況 該当するものを■で表示	□参加していない	
受講目的		
推薦者 所属事業所 代表者	役職名	
※ 母体についてのご	車数に 記載いただいた C-moil アドレフを使用します	· E moil マドレフに訳りが

- ※ 研修についての連絡に、記載いただいた E-mail アドレスを使用します。E-mail アドレスに誤りがないかを確認いただき、ikeahotline@icloud.comからのメールが受信できるよう設定をお願いします。
- ※ 研修の全課程を修了した場合、本書に記載いただいた氏名・生年月日にて修了証を発行します。
- ※ 研修修了者の氏名や所属事業所等の情報は、医療的ケア児等の支援体制整備のため、県内各市町 及び県又は各市町が設置する(自立支援)協議会等に提供させていただきます。
- ※ 修了後、氏名・所属の変更があった場合には、別途指定する「変更届」の提出をお願いします。 また、修了者と連絡が取れない場合、所属事業所へ状況を確認する場合があります。

申込期限:令和7年10月31日(金)必着 申込書提出先:佐賀県医療的ケア児支援センター (メール) ikeahotline@icloud.com (郵送) 〒849-0937 佐賀市鍋島1丁目6-1あやねビル2階