

令和８年度佐賀県医療的ケア児等コーディネーター養成研修
及びフォローアップ研修 受講申込書兼推薦書

受講を希望する 研修種別 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養成研修 ☐ 医療的ケア児等コーディネーター フォローアップ研修 →コーディネーター養成研修修了年月日 西暦 年 月 日		※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 3日間の集合研修及びオンデマ ンド研修です。 支援者養成研修は、別途募集し 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 該当するものを■で表示 /経験年数	☐ 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			
医療的ケア児支援 経験年数/業務内容	（ ）年 / 業務内容 （ ）			
協議の場*への参加状況 該当するものを■で表示 *自立支援協議会等	☐ 参加している 会議名 （ ）			
	☐ 参加していない			
受講目的				
推薦者名 （所属事業所 代表者）	役職名		氏名	

- ※ 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。

申込み期限 : 令和 8 年 8 月 31 日(月曜日)必着

申込書提出先 : (メール) ikeahotline@icloud.com

(郵 送) 〒849-0937 佐賀県佐賀市鍋島 1 丁目 6-1
佐賀県医療的ケア児支援センター