

所属の種別

「1、2の相談支援事業所等福祉事業所」の方⇒事業所所在地の市町村担当課へ  
 「3～6」の方⇒京都府障害者支援課へ（FAX075-414-4597）

平成30年度医療的ケア児等コーディネーター養成研修等申込書

受講コース (右欄に○をしてください)	医療的ケア児等支援者養成研修	平成31年1月9日(水) 1月10日(木)
	医療的ケア児等コーディネーター養成研修	平成31年1月9日(水) 1月10日(木) 2月26日(火) 2月27日(水)

申込み締切  
**12/12** (水)  
 必着【厳守】

受講者氏名	ふりがな		
	お名前	(姓)	(名)
生年月日	昭和・平成	年	月 日生 ※昭和又は平成に○をして下さい
所属	職場名		
	職種・役職等		
	事業所の所在地(〒)	京都府	
	電話番号	( )	—
	FAX番号	( )	—
	Eメールアドレス		
所属の種別 (該当するものを○印で囲む)	1 相談支援事業所 2 児童発達支援センター・障害児通所支援事業所・障害福祉サービス事業所 3 訪問看護事業所・医療機関 4 学校・教育機関 5 行政機関 6 その他( )		
資格 (有するものすべてを○印で囲む)	福祉職(①社会福祉士②介護福祉士③精神保健福祉士 ④保育士) 医療職(①医師 ②保健師 ③看護師・准看護師 ④心理士) リハビリ専門職(①理学療法士 ②作業療法士 ③言語聴覚士) 教育職(①幼稚園教諭 ②教員(具体的に ) ) その他資格(具体的に )		
医療的ケア児者への支援経験年数	なし・3年未満・3年～5年未満・5年～10年未満・10年以上		
連絡事項	受講に際して必要な配慮などについて具体的にお書きください。 <例. 手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等>		

**【お知らせ】** 加算対象となる医療的ケア児等コーディネーター養成研修の修了には4日間の受講が必要です。