**医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了者**

**事例検討会　　　申込用紙**

**FAX:（075）-414-4597 Mail : shogaishien@pref.kyoto.lg.jp**

申込締切：令和５年1２月５日（厳守）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | ふりがな |  | | |  |
| お名前 | （姓） | | | （名） |
| 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　　　　　　　　　　　 　　 ） | | | | |
| 医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了年度 | １　平成30年度　　　　　　　２　令和元年度  ３　令和２年度　　　　　　　　４　令和４年度 | | | | |
| 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＞ | | | | | |
| 受講理由 | 医療的ケア児等との係わりや職務などお書きください。 | | | | |
| 受講可否  連絡先 | 電話番号またはメールアドレス | | | | |