

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  
 「4の京都市内の機関」の方⇒京都市子ども家庭支援課へ（FAX075-251-1133）  
 上記以外の方⇒京都府障害者支援課へ（FAX075-414-4597）

事務局欄

## 令和5年度医療的ケア児等コーディネーター等養成研修等申込書

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	webによる実施
	医療的ケア児等 コーディネータ ー養成研修	Webによる実施に加え 令和6年2月8日(木) 2月9日(金)
※医療的ケア児等支援者養成研修の修了が要件です 修了年度に○をしてください(H30・R元・R2・R3・R4)		

**申込み締切**  
**12/18**(月)  
**必着【厳守】**

事務局使用欄

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	( )	—
	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 (保有するもの全 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		
受講希望の 理由			
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御記入下さい。 <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医療的ケア児等支援者養成研修と医療的ケア児等コーディネーター養成研修両方の受講が必要です。