

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		