

様式 1

医療的ケア児等支援者養成研修受講申込書

受講対象 区分C ※医療的ケア児等の支援に関わる者（予定含む）

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日		昭・平 年 月 日
現住所 <input type="checkbox"/> 受講決定の通知等を希望する方は☑をしてください。	郵便番号	〒
	フリガナ住所	
	電話番号	()
勤務先 <input type="checkbox"/> 受講決定の通知等を希望する方は☑をしてください。	法人名	
	事業所・医療機関等名	
	住所	〒
	電話番号	()
	FAX番号	()
	E-mail	
受講者の従事している業務について	事業種別 (サービス種別)	
	職種	
	Q. 医療的ケア児等に関わる業務に ※該当する番号を○で囲む 1 現在従事している (従事内容 :) 2 従事していない 3 今後従事する予定がある (従事開始予定 : 年 月頃)	
受講上の合理的配慮事項		

※ご記入いただいた個人情報は研修運営のみに使用し、他の目的には使用しません。

様式2

医療的ケア児等コーディネーター養成研修受講申込書

受講対象 区分A ※「要医療児者支援体制加算」対象者等

フリガナ			性別
氏名			男・女
生年月日		昭・平 年 月 日	
現住所 <input type="checkbox"/> 受講決定の通知等を希望する方は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	郵便番号	〒	
	フリガナ		
	住所		
	電話番号	()	
勤務先 <input type="checkbox"/> 受講決定の通知等を希望する方は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	法人名		
	事業所・医療機関等名		
	住所		
	電話番号	()	
	FAX番号	()	
	E-mail		
受講者基本情報	現在の職種	1 相談支援専門員 2 看護師・保健師 3 その他()	
	経験年数	年 ヶ月	
	医療的ケア児・重症心身障害児に関わる業務への従事	1 している (担当件数 人)	
		2 今後、予定している	
市町村への情報提供について	市町村からコーディネーターの情報提供依頼があった場合に、茨城県から市町村へ氏名・勤務先等の情報提供を行うことを 同意する ・ 同意しない		
受講上の合理的配慮事項	(車いす使用、介助者同行など具体的にご記入ください。)		

※ご記入いただいた個人情報は研修運営のみに使用し、他の目的には使用しません。

様式 3

医療的ケア児等コーディネーター養成研修受講申込書

受講対象 区分 B ※市町村等職員

フリガナ				性別
氏 名				男・女
生年月日		昭・平 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 現住所 受講決定の通知等を希望する方は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	郵便番号	〒		
	フリガナ住所			
	電話番号	()		
<input type="checkbox"/> 勤務先 受講決定の通知等を希望する方は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	市町村名			
	担当部署			
	住所	〒		
	電話番号	()		
	FAX番号	()		
	E-mail			
受講者基本情報	現在の資格	1 社会福祉士 2 看護師・保健師 3 その他()		
	担当年数	年 ヶ月		
	医療的ケア児に関わる業務への従事	1 している (担当件数 人)		
2 今後、予定している				
市町村への情報提供について	市町村からコーディネーターの情報提供依頼があった場合に、茨城県から市町村へ 氏名・勤務先等の情報提供を行うことを 同意する ・ 同意しない			
受講上の合理的配慮事項	(車いす使用、介助者同行など具体的にご記入ください。)			

※ご記入いただいた個人情報は研修運営のみに使用し、他の目的には使用しません。