

様式 3

医療的ケア児等コーディネーターフォローアップ研修受講申込書

フリガナ				性別
氏名				男・女
生年月日		昭・平 年 月 日		
現住所	郵便番号	〒		
	フリガナ			
	住所			
	電話番号	( )		
勤務先	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 行政職 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		
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。