

(別紙2)

※申込書は、申込者1名につき1枚必要
※12月17日(木)必着

E-mail support@miyazaki-oozora.jp

FAX番号 (0985)21-1545 送信票不要

令和2年度 宮崎県医療的ケア児等支援者養成研修
令和2年度 宮崎県医療的ケア児等コーディネーター養成研修
受講申込書

令和2年 月 日		申し込み担当者氏名	
受講を希望する 研修種別 <small>※該当研修をチェック</small>	<input type="checkbox"/> 医療的ケア児等支援者養成研修 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児等コーディネーター養成研修 → [支援者養成研修の受講が必須になります。]		
ふりがな		性別	生年月日
受講者氏名		男・女	昭和 年 月 日 平成
受講者の自宅住所 及び連絡先 <small>※下記に所属事業所を記載する場合は不要</small>	<input type="checkbox"/> ※修了証に記載します。正しい漢字ではっきりとお書きください。		
	TEL		
所属事業所の名称	法人名		
	事業所名		
	事業種別 (サービス種別)		
事業所の住所 及び連絡先	〒		
	TEL	FAX	
	E-mail		
受講者について	保有資格		
	Q. これまでの経験年数について		※該当する番号を○で囲む
	1 相談支援専門員	経験年数 年	
2 保健師・看護師	経験年数 年		
3 その他()	経験年数 年		
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)			
受講推薦順位 <small>※同一事業所で複数申し込みの場合</small>	_____ 人中 _____ 番目		<small>定員の関係で調整を要す場合があります。複数申し込みの場合必ずご記入ください。</small>
受講上の配慮事項	(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。