（別紙２）

令和元年度茨城県医療的ケア児等支援者養成研修
令和元年度茨城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

下記のとおり受講を申し込みます。

研修種別	※該当する研修にチェック ☐　医療的ケア児等支援者養成研修（１・２日目） ☐　医療的ケア児等コーディネーター養成研修（１～４日目）		
ふりがな 受講者氏名		性　別	生年月日
		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日
自宅住所	〒　　－		
所　　属	法人名		
	事業所名		
連絡先 （事業所）	所在地 〒　　－ TEL　　－　　－　　FAX　　－　　－		
職　　種	※該当する番号を〇で囲み、必要事項を記入下さい。 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 ４　その他（　　）経験年数　　年		
医療的ケア児等に関わる業務への従事	※該当する番号を〇で囲む １　従事している　従事内容（　　） 例）サービス等計画作成　等 ２　従事していない		
備　　考	※事業所等単位で申し込む場合の受講者優先順位　____ 位（個人の申込者は記入不要）		

ご記入いただいた個人情報は研修運営にのみ使用し、他の目的には使用しません。