**令和６年度山口県医療的ケア児等支援者養成研修**

**令和６年度山口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　　　　年　　　　　月　　　　　日

下記のとおり受講を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修種別 | ※該当する研修いずれかにチェック　　**□　医療的ケア児等支援者養成研修****□　医療的ケア児等コーディネーター養成研修** |
| ふりがな |  | 生年月日 (受講証明書・修了証に記載) |
| 受講生の氏名 |  | S.H.　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 受講生の住所及び連絡先 | 〒　　　　　－ |
| TEL |  |
| E-mail |  |
| 所　　　　　　　属 | 事業所の名称※行政職員の場合は、市町名及び所属 | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地及び連絡先 | 〒　　　　　－ |
| TEL |  | FAX |  |
| 事業種別(サービス種別) |  |
| 受講者の職種 | ※相談支援専門員、保健師、看護師、保育士、介護職員　など |
| 受講上の配慮事項 | （電動車椅子使用、介助者同行など具体的に記入してください。） |

※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。

★迷惑メール対策をされている方は、当事務局からのメールが届くように設定をお願いします。

★アドレスや連絡先をＦＡＸで正確に読み取れるようはっきりご記入ください。