**令和４年度　山形県医療的ケア児等支援者養成研修**

**令和４年度　山形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 | 　□　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　※該当する研修にチェック |
| ふりがな受講者氏名 |  | 性　別 | 生 年 月 日 |
|  | 男 ・ 女 | 昭和年　　　月　　　日平成 |
| 所　　属 | 事業所名 |
| 連 絡 先(事業所) | 〒　　　　－TEL　　　　　－　　　　－　　　　　FAX　　　　　－　　　　－　　　　　　 |
| Eメール |  |
| 職　　種 |  |
| 医療的ケア児等への支援の経験 | ※該当する番号を○で囲む　１　関わった経験がある（　　１事例　　or　　２事例以上　　）　←該当項目を○で囲む　２　関わった経験がない |
| 備　　考 | ※座席の配慮等のサポートが必要な場合はこちらに記入ください。 |

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。