令和６年度福島県医療的ケア児等コーディネーター養成研修

【別紙２】

受講申込書兼推薦書

令和６年　　　月　　　日

法人名又は市町村名

所属名称

所属長職・氏名

医療的ケア児等の支援をコーディネートする業務に携わる（予定がある）以下の者に研修を受講

させたいため、推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 受講希望者氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 資格該当するものに〇、複数可 | （　）相談支援専門員　（　）看護師　（　）保健師　（　）社会福祉士　（　）精神保健福祉士　（　）その他（具体的に：　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 |
| 所属 | 所属法人等名 |  |
| 所属事業所等名 |  |
| 所属種別等※該当するものに〇、複数可 | （　）相談支援（計画相談支援　障害児相談支援　障がい者相談支援（委託）基幹相談支援センター）（　）訪問看護　（　）行政（　）その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所等所在地 |  |
| 事業所等連絡先 | 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 障がい等による配慮 | 要（　　　　　　　　　　　　　）・不要 |

以下は、現在相談支援専門員として業務に従事している方のみご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修受講歴 | 初任者研修 | 修了年度 | 平成・令和　　　　年度 | 受講地 | 福島県・その他 |
| 現任研修 | 修了年度 | 平成・令和　　　　年度 | 受講地 | 福島県・その他 |
| 主任研修 | 修了年度 | 平成・令和　　　　年度 | 受講地 | 福島県・その他 |
| 医療的ケア児に係るサービス等利用計画作成の有無、作成件数（申込時点） | 　　□作成している　　（　　　　　　　　件）　　□作成していない |