


令和4年度 医療的ケア児・者コーディネーター養成研修
受講申込書
申込期限:令和4年7月11日(月)

-mail送信先 315-kanrika@mail.hosp.go.jp 三重病院 管理課 担当 系井

ふりがな		性別	生年月日	
受講者氏名		男	昭和	年 月 日
		女	平成	
所属	法人名			
	事業所名			
連絡先 (事業所)	所在地 〒 - E-Mail TEL - - FAX - -			
職種	* 該当する番号を○で囲む 1. 相談支援専門員 2. 保健師・看護師 3. その他()			
経験年数	年	サービス計画作成 経験		有 無
医療的ケア児等に関わる業務への従事	* 該当する番号を○で囲む 1. 従事している(従事内容:) 2. 従事していない			
施設で複数申込みの場合記載	第1優先者 ・ 第2優先者 ・ 第3優先者以降			

 施設で複数受講申込者がいる場合は必ず記載をしてください。

ご記入いただいた個人情報は研修運営・修了証発行にのみ使用し、他の目的には使用しません。

* E-mailアドレスは必ず記載をお願いいたします。