（様式１）

名古屋市医療的ケア児等コーディネーター養成研修　受講申込書

申込年月日：令和 年　　月　　日

※該当するものに「〇」で囲んでください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | | 生年月日 | |
| 受講者氏名 |  | 男 ・ 女 | | 年 　月 　日 | |
| 所属 | 法人名　　　　　　　　　　　　　勤務先名 | | | | |
| 連絡先 | （〒　　　－　　　　）  住所  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | | | |
| Eメール |  | | | | |
| 職種 |  | | 実務経験 | | 年　　月 |
| 保有資格 | 社会福祉士　・　精神保健福祉士　・　介護福祉士　・　保健師  　看護師　・　保育士　・　介護支援専門員　・　その他（　　　　　　） | | | | |
| 勤務先  事業種別 | 児童発達支援センター　・　障害者基幹相談支援センター  　障害児相談支援事業所（上記除く）　・　訪問看護ステーション  　保健センター　・　病院　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 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。 | | | | |