令和７年度 宮城県・仙台市医療的ケア児等コーディネーター養成研修

受講申込書兼推薦書

令和　　年　　月　　日

法人等名

事業所等名

所属長職氏名 　　　　　　　　　（自署）

標記研修を次の者に受講させたいので、下記のとおり推薦します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和・平成年　　月　　日 |
| 受講希望者氏名 |  |
| 資格（該当するものに○（複数可）） | 1. 相談支援専門員 　 ② 社会福祉士　　　③ 保健師　　　　④ 看護師

⑤ その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属 | 法人名 |  |
| 事業所等名 |  |
| 職場種別等（該当するものに○（複数可）） | 1. 相談支援事業所

 (計画相談支援　障害児相談支援　基幹相談支援センター　障害者相談支援)1. 医療機関　　③訪問看護ステーション　④市町村

⑤　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所等所在地 | 〒宮城県 |
| 事業所等連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 障害等による配慮 | 要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　不要 |
| 以下は、相談支援専門員の方のみご記入ください。 |
| 受講歴 | 初任者研修 | 修了年度 | 　　　　年度 | 受講地 | 宮城県・その他（　　　　） |
| 現任研修/主任研修 | 直近修了年度 | 　　　　年度 | 受講地 | 宮城県・その他（　　　　） |
| 医療的ケア児等に係るサービス等利用計画及び障害児支援利用計画作成状況（R7.4時点) | □作成している　　（　　　　　　　）件□作成していない |

※　研修についての連絡に、記載いただいたE-mailアドレスを使用します。E-mailアドレスに誤りがないかを確認いただき、info@miyagichilfa.orgからのメールが受信できるよう設定をお願いします。

※　研修の全課程を修了した場合、本書に記載いただいた氏名・生年月日にて修了証を発行します。

※　研修修了者の氏名や所属事業所等の情報は、医療的ケア児等の支援体制整備のため、各市町村及び県又は各市町村が設置する（自立支援）協議会等に提供させていただきます。

※　修了後、氏名・所属の変更があった場合には、別途指定する「変更届」の提出をお願いします。また、修了者と連絡が取れない場合、所属事業所へ状況を確認する場合があります。