**「1、2の相談支援事業所等福祉事業所」の方⇒事業所所在地の市町村担当課へ**

所属の

種　別 ↓やじるし

**「４の京都市内の機関」の方⇒京都市子ども家庭支援課へ（FAX075 -251-1133）**

**上記以外の方⇒京都府障害者支援課へ（FAX075 -414-4597）**

**令和３年度医療的ケア児等支援者養成研修等申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | ふりがな |  |  |
| お名前 | （姓） | （名） |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　日生　※昭和又は平成に○をして下さい　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 所　属 | 職場名 |  |
| 職種・役職等 |  |
| 事業所の所在地（〒　　　　　）京都府　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | （　　　　）　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | （　　　　）　　　－ |
| Eメールアドレス |  |
| 優先順位（※） |  |
| 所属の種別（該当するものを○印で囲む） | １　相談支援事業所　２　児童発達支援センター・障害児通所支援事業所・障害福祉サービス事業所　３　訪問看護事業所・医療機関４　学校・教育機関　５　行政機関６ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　資　　格（有するものすべてを○印で囲む） | 福祉職(①社会福祉士②介護福祉士③精神保健福祉士　④保育士)　医療職(①医師　②保健師　③看護師・准看護師　④心理士）リハビリ専門職（①理学療法士　②作業療法士　③言語聴覚士）教育職(①幼稚園教諭　②教員（具体的に　　　　　　　　　　　　）その他資格（具体的に　　　　　　　　　　　 　　 ） |
| 医療的ケア児者への支援経験年数 | なし・３年未満・３年～５年未満・５年～１０年未満・１０年以上 |
|  連絡事項 | 受講に際して必要な配慮などについて具体的にお書きください。

|  |
| --- |
|  ＜例．手話通訳、拡大文字等＞ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※１つの所属で複数人が申込される場合、所属と相談の上、受講に係る優先順位を記

載してください。

（申込多数の場合、受講決定の参考とさせていただきます。）

【お知らせ】

・　加算の対象となる医療的ケア児等コーディネーター養成研修については、令和３年度は実施しません。

・　なお，今年度に支援者養成研修を受講した方は，来年度以降に実施予定のコーディネーター養成研修（演習部分のみ）の受講により，コーディネーター養成研修の全課程を受講したものとみなします。