

所属の
種 別

「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
 「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。