

FAX: 06-6699-8134

重心障がい児者等に対する医療的ケア研修(基礎研修)
及び 医療的ケア児等コーディネーター養成研修(応用研修) 参加申込書

申込日: 2025年 月 日

ふりがな	生年月日					
受講者氏名				西暦	年	月 日
勤務先	住所：〒					
	事業所名：					
	役職名：					
	電話番号：			FAX番号：		
	E-MAIL：			<メールアドレスは必ず記載下さい>		
*上記連絡先を受講後調査等のため行政機関に提供することに（ ・同意します ・同意しません ）						
職場種別 （該当するものを○で囲む）	1. 居宅介護事業所 3. 生活介護事業所 5. 相談支援事業所 7. 障がい児相談支援 9. 幼稚園、学校 2. 短期入所事業所 4. 児童発達支援事業所 6. 放課後等デイサービス事業所 8. 保育所、保育園、認定こども園 10. その他()					
専門職資格 （該当するものを○で囲む）	医療職 福祉職 リハビリ専門職 教育職 その他の資格 （①医師 ②保健師 ③看護師） （④社会福祉士 ⑤介護福祉士 ⑥精神保健福祉士 ⑦相談支援専門員 ⑧保育士） （⑨理学療法士 ⑩作業療法士 ⑪言語療法士） （⑫幼稚園教諭 ⑬教員） （具体的に⑭） ⑮無資格					
医ケア児等の受入状況 （該当するものを○で囲む）	施設として（ ・受け入れている。 ・受け入れる予定がある。 ・受け入れる予定はない。）					
基礎研修	第1回目	8月26日（火）		※希望日順に(1,2,3)と希望順位を記載下さい ※参加の目処が立たない日程は×と記載下さい		
	第2回目	9月11日（木）				
	第3回目	9月26日（金）				
★基礎研修の履修歴（＊基礎研修の修了証がなければ、下段の応用研修は受講できません）						
修了証の発行年次⇒ （該当にチェック）	平成25～令和3年	令和4年	令和5年	令和6年		
	☐	☐	☐	☐		
応用研修①	*両日の受講必須		受講希望の方は○を記載下さい		応用研修①の受講歴がある方は ○で囲んで下さい 令和1～5年度 令和6年度 履修済 履修済	
	1日目	10月25日（土）				
	2日目	10月26日（日）				
応用研修② ※応用研修①の 受講が必須です	*両日の受講必須		受講希望の方は○を記載下さい			
	1日目	11月15日（土）				
	2日目	11月16日（日）				
相談員としての支援履歴 （該当するものを○で囲む）	支援歴なし ・ 3年未満 ・ 3年以上5年未満 ・ 5年以上10年未満 ・ 10年以上					
送付先	社会福祉法人 愛徳福祉会 大阪発達総合療育センター 運営局 徳丸(とくまる)宛て FAXの場合：06-6699-8134 メールの場合：tokumaru@osaka-drc.jp					

* 申し込みが2名の場合(基礎研修のみ)は、本用紙をコピーしてご使用ください。