

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 医療的ケア児者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:		2026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 2. 短期入所事業所 3. 生活介護事業所 4. 児童発達支援事業所 5. 相談支援事業所 6. 放課後等デイサービス事業所 7. 障がい児相談支援 8. 保育所、保育園、認定こども園 9. 幼稚園、学校 10. 薬局 11. その他()									
専門職資格 (該当するものを○で囲む)		医療職 (①医師 ②保健師 ③看護師 ④薬剤師) 福祉職 (⑤社会福祉士 ⑥介護福祉士 ⑦精神保健福祉士 ⑧相談支援専門員 ⑨保育士) リハビリ専門職 (⑩理学療法士 ⑪作業療法士 ⑫言語療法士) 教育職 (⑬幼稚園教諭 ⑭教員) その他の資格 (具体的に) 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。 ・受け入れていない。)									
コーディネーター在籍状況 (該当するものを○で囲む)		事業所に1名以上のコーディネーターが (・在籍している ・在籍していない)									
基礎研修		9月18日(金)				← 受講希望の方は左の枠に○を記載下さい					
★基礎研修の履修歴なければ、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4年		令和5年		令和6年		令和7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			
		1日目		10月24日(土)						令和1～6年度 履修済	
		2日目		10月25日(日)						令和7年度 履修済	
応用研修②		* 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 受講が必須です		1日目		12月5日(土)							
		2日目		12月6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									