**令和5年度医療的ケア児等コーディネーター養成研修申込用紙兼推薦書**

令和5年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| **■お申込み者情報** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 申込者氏名 |  | ( 昭和　・　平成 ） 　年　　月　　 日 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 現職名 |  |
| 所持している専門職資格 |  |
| 経験年数等 | １.現在、医療的ケア児等を担当して（いる・いない）※どちらかに〇２.医療的ケア児等支援の経験年数　（合計　　　　　年）※月数切上げ３.現職種としての経験年数　（合計　　　　　年）※月数切上げ |
| **■勤務先情報** |
| 勤務先 | （法人名） |
| （施設名） |
| 勤務先住所 | ※修了証はこちらの住所にお送りします |
| （〒　　　－　　　　） |
| 勤務先電話番号 |  |
| 勤務先種別（該当する番号を○で囲んでください）　 | ①相談支援事業所等　②訪問看護事業所等　③児童発達支援センター等④障害児通所支援事業所等　⑤堺市福祉担当課　⑥学校園、保育所、子ども園等　⑦その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **■所属長推薦欄** |
| ■上記の職員を堺市医療的ケア児等コーディネーター養成研修の受講生に推薦します。　所属長（施設長）　職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ■研修終了後、修了者の所属施設について堺市ホームページ上に掲載することに同意します。　（右の□にチェックを入れてください）[ ]   |

〇提出先　　社会医療法人ペガサス　　医療的ケア児等コーディネーター養成研修事務局

【郵送の場合】　　堺市西区浜寺船尾町東4-244

社会医療法人ペガサス法人本部　　【担当】乾野（かんの）・和田（わだ）

【メールの場合】　pgkanno@gmail.com

〇申込期限　　**2023年9月5日（火）（当日消印有効）**