令和2年度医療的ケア児等コーディネーター養成研修
推薦書

申し込み締め切り期日：令和2年10月31日（土）まで

申し込み先　：堺市役所　子ども青少年局　子ども青少年育成部
子ども家庭課　FAX：072－228－8341

フリガナ		年齢	性別
受講者氏名	（ S・H　年　月　日生）	歳	男 ・ 女
法人名称			
勤務先名称			
勤務先所在地	（〒　　－　　）		
勤務先 電話番号等	TEL：　　FAX: e-mail：		
職場種別	1．相談支援事業所等　　2．訪問看護事業所等 3．障害児通所支援事業所　　4．障害福祉サービス事業所 5．認定こども園・保育所・幼稚園等　　6．学校 7．市福祉担当課（　　）　　8．その他（　　）		
現職名			
専門職資格	医療職（ ①医師　②保健師　③看護師 ） 福祉職（ ④社会福祉士　⑤介護福祉士　⑥精神保健福祉士　⑦保育士 ） リハビリ専門職（ ⑧理学療法士　⑨作業療法士　⑩言語聴覚士 ） 教育・保育（ ⑪幼稚園教諭　⑫教員＜　　＞） その他の資格（ 具体的に：　　）		
経験年数等	1．現在、医療的ケア児を担当して（ いる ・ いない ）※どちらかに○ 2、医療的ケア児等支援の経験年数　（ 合計　　年 ）※月数切り上げ 3．現職種としての経験年数　（ 合計　　年 ）※月数切り上げ		

上記の職員を医療的ケア児等コーディネーター養成研修の受講者として推薦します。

施設長　　㊞

※申込者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にご記入ください。