

(別紙)

令和7年度 宮城県・仙台市医療的ケア児等コーディネーター養成研修
受講申込書兼推薦書

令和 年 月 日

法人等名

事業所等名

所属長職氏名 (自署)

標記研修を次の者に受講させたいので、下記のとおり推薦します。

ふりがな			生年月日	昭和・平成		年	月	日
受講希望者 氏名								
資格 (該当するものに○ (複数可))	① 相談支援専門員 ② 社会福祉士 ③ 保健師 ④ 看護師 ⑤ その他 (具体的に:)							
所 属	法人名							
	事業所等名							
	職場種別等 (該当するものに○ (複数可))	① 相談支援事業所 (計画相談支援 障害児相談支援 基幹相談支援センター 障害者相談支援) ② 医療機関 ③ 訪問看護ステーション ④ 市町村 ⑤ その他 ()						
	事業所等 所在地	〒 宮城県						
	事業所等 連絡先	電話番号			FAX 番号			
		E-mail						
障害等による配慮		要 () ・ 不要						

以下は、相談支援専門員の方のみご記入ください。

受 講 歴	初任者研修	修了年度	年度	受講地	宮城県・その他 ()
	現任研修/主任研修	直近修了年度	年度	受講地	宮城県・その他 ()
医療的ケア児等に係るサービス等利用計画及び 障害児支援利用計画作成状況 (R7.4 時点)			☐ 作成している () 件 ☐ 作成していない		

- ※ 研修についての連絡に、記載いただいた E-mail アドレスを使用します。E-mail アドレスに誤りがな
いかを確認いただき、info@miyagichilfa.org からのメールが受信できるよう設定をお願いします。
- ※ 研修の全課程を修了した場合、本書に記載いただいた氏名・生年月日にて修了証を発行します。
- ※ 研修修了者の氏名や所属事業所等の情報は、医療的ケア児等の支援体制整備のため、各市町村及び
県又は各市町村が設置する (自立支援) 協議会等に提供させていただきます。
- ※ 修了後、氏名・所属の変更があった場合には、別途指定する「変更届」の提出をお願いします。ま
た、修了者と連絡が取れない場合、所属事業所へ状況を確認する場合があります。