

○送付先

【島根県医療的ケア児支援センター】FAX:0853-20-2215

※添書不要【申込〆切:8月31日(木)】

令和5年度 島根県医療的ケア児等コーディネーター養成研修 受講申込書

ふりがな		生年月日	
氏名		昭和	年 月 日
		平成	
職種 (役職)		()	
勤務先 (通知書送付先)	法人名		
	事業所名		
	所在地等	〒 TEL: FAX: 申込担当者()	
<連絡用> ①E-mailアドレス ②携帯電話		①E-mailアドレス @ ②携帯電話	
いずれかに○を付けてください		全日程参加 [前期:9/28(木)~9/29(金) 後期:10/12(木)~10/13(金)]	
		前期のみ参加 [前期:9/28(木)~9/29(金)]	

【注意事項】

※後期(演習)のみの参加は出来ません。

※受理メールを送ります。FAX申込後1週間以内に受理メールがない場合はセンターまでご連絡ください。

島根県医療的ケア児支援センター [TEL]070-5015-3549、070-5439-3411

※記載不要(事務局確認欄)

受付日	令和5年	月	日
-----	------	---	---