

令和6年度 岐阜県医療的ケア児等 コーディネーターフォローアップ研修実施要項

1 研修の目的

本研修は、医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了後、医療的ケア児等への支援に携わる相談支援従事者等を対象に、医療的ケア児等への支援を通じて得た経験の共有、生じた問題への解決を図ることを目的とし実施します。

2 実施主体

岐阜県

(福)岐阜県福祉事業団ひまわりの丘障害者地域支援・研修センターが岐阜県から委託を受け実施します。)

3 研修期間

以下の通り集合研修にて実施します。

内 容	期 日	開 催 場 所
演習	令和7年2月4日(火)	ひまわりの丘事務棟2階大会議室 (関市桐ヶ丘3-2 TEL:0575-29-7732)

4 受講対象者

平成29年度から令和3年度までに医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した者で、現在も医療的ケア児等への相談業務に従事している者。

5 募集定員

30名

※受講希望者が募集定員を超過した場合は、事業所推薦の優先順位や実務経験等も勘案し、選考により受講の可否を決定させていただきます。

6 研修内容

月 日	時 間	内 容
2月4日 (火)	9:00 ~ 9:30	受付
	9:30 ~ 15:30 (休憩含む)	事例の検証・課題の共有 サービス等利用計画の作成

*やむを得ず、時間等が変更になる場合があります。

7 受講申込

●申込方法

岐阜県ホームページ内にリンクが掲載されています、『令和6年度 岐阜県医療的ケア児等コーディネーターフォローアップ研修申込フォーム』からお申込ください。

申込フォームから申しただくと研修事務局から返信メールが届きます。必ず返信メールが届いたことを確認していただき、返信メールが届かない場合は、研修事務局までご連絡ください。

●提出書類

フォーム内に添付いただく書類

① 医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了証

- ※1 受講を修了した方には修了証書を交付しますので、お申込時の入力の際、受講者の氏名（漢字の表記）、生年月日については特に誤りのないようお願いいたします。
- ※2 申込内容に不備があった場合は、受講不可といたします。
- ※3 お申込後、記載内容について問合せをすることがありますので、添付書類の保管、申込フォーム画面の印刷および保管をお願いいたします。
- ※4 同一事業所で複数申込の場合は、おひとりずつお申込ください。

●申込締切

令和6年12月16日（月）17：00【必着】

※締切後の申込は一切受けません。

余裕を持ったお申込にご協力をお願いします。

8 受講の可否決定通知の送付

●発送時期 令和7年1月中旬（予定）

●通知先 申込書記載の事業所長宛へ通知します。

※万が一、令和7年1月17日（金）頃を過ぎても通知が届いていない場合は、ひまわりの丘障害者地域支援・研修センター（TEL 0575-29-7732）までお問合せください。

9 修了証書

全課程を修了した方には、修了証書（受講証明書）を交付します。

遅刻・早退・欠席した場合は、原則修了証書は交付されません。

10 受講料

無 料

11 事前課題（受講決定者）

事前課題の詳細については、受講決定時にご案内しますのでご確認ください。

※決められた期日までに事前課題を提出されない場合は受講できませんので、提出についてはご注意ください。

12 個人情報の取扱い

当研修の申込書等に記載された個人情報は、参加の承認・お知らせ等に利用すると共に、修了証書作成のために岐阜県へ提供します。

また、提出された個人情報は研修以外の目的で使用せず、個人情報保護法に則り適正に管理致します。

1.3 受講にあたりサポートが必要となる方の申し出について

障がい等の理由により、サポートが必要である場合は、別紙様式1「受講に当たっての配慮の申出書」をご記入ください。なお、詳細について直接確認させていただく場合があること、またご希望に十分対応しきれない場合があることをあらかじめご了承ください。

1.4 問合せ先

宛先：ひまわりの丘障害者地域支援・研修センター（ひまわりの丘地域生活支援センター内）

住所：〒501-3938 関市桐ヶ丘3-2

TEL：0575-29-7732

MAIL：hima-kenshu@gifu-fukushi.jp

*お電話の際は、はじめに「研修についての問合せ」とお伝えください。

（問合せ時間：平日 9：00～17：00）