

令和 年 月 日

## 令和2年度医療的ケア児等コーディネーター養成業務実施希望届

岩手県知事 達増 拓也 様

所 在 地：

団 体（法人等）名：

代 表 者 職 氏 名：

印

このことについて、「令和2年度医療的ケア児等コーディネーター養成業務仕様書」に基づく業務を受託したいので、下記のとおり本団体（法人等）で実施する業務概要を届け出ます。

また、「令和2年度医療的ケア児等コーディネーター養成業務応募要領」1に基づく資格要件のいずれにも適合することを誓約します。

記

1 団体（法人等）名

2 代表者名

3 主な業務内容

(1) 研修内容

医療的ケア児者等コーディネーター養成研修

(2) 実施内容

ア カリキュラムの策定

イ 講師の人選、手配

ウ 開催地の決定、会場の調整

エ 受講者の募集

オ 研修資料の取りまとめ、必要な機材等の手配

カ 研修の当日対応、記録、受講者アンケート実施

キ 受講者へのフォローアップ

## 別紙

## 団体等に関する調書

団体（法人）等の名称・所在地	名称： 〒 TEL FAX
代表者職・氏名	
団体（法人）等の設立年月	年 月
県の委託事業への応募制限	(契約不履行等の不祥事の発生により、県から委託契約に係る応募制限を受けた場合は、その期間を記入すること)  有（応募制限期間： 年 月 日から 年 月 日まで）  無
資格要件の確認項目	1 県内の医療機関、障がい福祉関係機関等とのネットワークを有することの説明  2 医療的ケアを必要とする重症心身障がい児・者等への支援実績があることの説明