番　　　　　号

年　　月　　日

長崎県障害福祉課長　様

市（町）障害保健福祉担当課長

**医療的ケア児等コーディネーター養成研修受講者推薦書**

令和７年度長崎県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、当市（町）において医療的ケア児等コーディネーターとして配置（予定）している以下の者を推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 配置（予定）年度 |  |

|  |
| --- |
| 担当：  ＴＥＬ：  ＦＡＸ： |