秋田県医療的ケア児支援センター「コラソン」

職員派遣申込書

申込年月日：令和　　年　　月　　日

申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 代表者名 |  | 担当者 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | e‐mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 目的 | □講師派遣　　□会議・協議会等の参加　□カンファレンス参加（個別ケース）　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 詳細内容 |  |
| 派遣希望職種 | □看護師　　□社会福祉士　　□希望なし |
| 希望日時①　 | 　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　 |
| 希望日時②　　　 | 　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　 |
| 開催方法　 | □対面　　　□オンライン　　　□ハイブリット |
| 会場（予定） |  |
| 参加職種等（予定） |  |
| 参加人数（予定） |  |
| 準備可能な機材 | □プロジェクター　　□スクリーン　　□マイク　　□HDMIその他（　　　　　　　　　　　　　） |

依頼内容

確認事項（チェックボックスに☑を入れてください）

1. 派遣の際には、記録のため動画や写真の撮影を行います

□了解しました

２．**対象の児童がいる場合は**、申込書に『秋田県医療的ケア児支援センター「コラソン」における個人情報取り扱い同意書』を添付してください

□家族に説明を行い同意書に署名をもらいましたので添付します

３．研修やカンファレンスの内容を、録音、録画、撮影等で記録することは禁止します

　　□了解しました

|  |
| --- |
| コラソン事務処理欄申込書受付：　　月　　日　派遣日時：　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　　　派遣職員:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝□依頼文書受付：　　　月　　日□事務へ提出：　　　　月　　日□派遣承諾：　　　　　月　　日 |