（別紙４）

**申込書（申込書提出期限：８月６日（月）必着）**

|  |
| --- |
| **【提出先】〒６８３－０８５３　米子市両三柳１４００番地****社会福祉法人こうほうえん****ファクシミリ：０８５９－２４－３１１３** |

**平成３０年度介護職員等の喀痰吸引等研修（第１号研修及び第２号研修）**

【受講を申し込む施設・事業所】

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| 施設・事業所の名称 |  |
| 法人の名称 |  |
| 担当者 | 職・氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号： |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ： |

 ※　施設・事業所単位でお申込みください。

**１　受講申込者**（氏名には、**必ず「ふりがな」**を付してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　名 | 演習会場（いずれかに○） | 実地研修の種類（①または②に○） |
| １ | （ふりがな） | 1. 東部
2. 中部
3. 西部
 | * 1. 第１号研修
	2. 第２号研修
 |
|  |
| （住所）〒 |
| ２ | （ふりがな） | 1. 東部
2. 中部
3. 西部
 | 1. 第１号研修
2. 第２号研修
 |
|  |
| （住所）〒 |
| ３ | （ふりがな） | 1. 東部
2. 中部
3. 西部
 | 1. 第１号研修
2. 第２号研修
 |
|  |
| （住所）〒 |

※　申込書は、郵送またはファクシミリで御提出ください。

※　受付をした場合、受付印を押印後平日の２日以内にファクシミリで返送します。

　　（２日以内に返送がない場合、申込先法人にお問い合わせください。）

※　申込者数が募集人員を超える場合は、申込人数の多い施設・事業所から受講者の調整をさせていただきます。上記優先順位により調整を行った上で、調整を行った施設・事業所へ８月１０日（金）までに担当者に連絡します。

**２　実地研修の実施予定施設・事業所**

　　実地研修は、原則として受講者が勤務している施設・事業所で実施していただきます。

　　ただし、当該施設・事業所において実地研修ができない場合、同一法人内の他の施設・事業所又は提携先の施設・事業所で実地研修を実施することができます。

|  |
| --- |
| ※　実地研修実施予定施設・事業所の名称を記載してください。 （ ） |

**３　テキストの販売について**

　　テキストの必要部数　　**部**

※　使用するテキストは「改訂　介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト（２０１８年４月１日初版第６刷）」です。

※　代金は、２，１６０円（税込）ですので、おつりのないよう御持参ください。

**【問合せ先】社会福祉法人こうほうえん 井澤**

電話番号：０８５９－２４－３１１１