

(別紙4)

申込書 (申込書提出期限: 令和6年8月9日(金) 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 E-mail: sasaki-a@kohoen.jp |
|---|

令和6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: |

※ 個別に受講申込者名を記入しメールで申し込んでください。

1 受講申込者 (氏名には、必ず「ふりがな」を付してください。)

| | 氏 名 | 演習会場 (いずれかに○) | 実地研修の種類 (いずれかに○) |
|---|--------|------------------|---------------------|
| 1 | (ふりがな) | ① 東部 ② 西部 | ① 第1号研修 ② 第2号研修 |
| | 生年月日 | | |
| | (住所) 〒 | | |
| 2 | (ふりがな) | ① 東部 ② 西部 | ① 第1号研修 ② 第2号研修 |
| | 生年月日 | | |
| | (住所) 〒 | | |
| 3 | (ふりがな) | ① 東部 ② 西部 | ① 第1号研修 ② 第2号研修 |
| | 生年月日 | | |
| | (住所) 〒 | | |

※ 申込書は、必ずメールでお申し込みください。

※ 申込者数が募集人員を超える場合は、受講者の調整をさせていただきます。

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。 |
|-------------------------------|

【問合せ先】 社会福祉法人こうほうえん 佐々木

電話番号: 0859-24-3111