（別紙２）

|  |
| --- |
| **【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** |

**令和７年度　介護職員等の喀痰吸引等研修**

**（実務者研修修了者等対象）**

**申込書**

【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 | 実地研修の種類（①または②に○） | 修了済の研修（いずれかに○、**写しを添付**） |
| １ | （ふりがな） | ①　第１号研修②　第２号研修 | ①　実務者研修②　医療的ケア講習（介護福祉士養成施設卒業者）　 ③ 平成24年度以降の第２号研修 |
|  |
| （生年月日） |
| （住所）〒 |
| ２ | （ふりがな） | ①　第１号研修②　第２号研修 | ①　実務者研修②　医療的ケア講習（介護福祉士養成施設卒業者）　 ③ 平成24年度以降の第２号研修 |
|  |
| (生年月日) |
| 住所）〒 |
| ３ | （ふりがな） | ①　第１号研修②　第２号研修 | ①　実務者研修②　医療的ケア講習（介護福祉士養成施設卒業者）　 ③ 平成24年度以降の第２号研修 |
|  |
| (生年月日) |
| （住所）〒 |

**２　実地研修の実施予定施設・事業所**

|  |
| --- |
| ※　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。 （ ） |

　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。

**【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