

(別紙4)

申込書 (申込書提出期限: 月 日 ( ) 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: [m-izawa@kohoen.jp](mailto:m-izawa@kohoen.jp)

令和4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:

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 井澤

電話番号: 0859-24-3111