（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