

(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