申込み期限：令和元年7月5日

**医療法人クオラ介護老人保健施設クオリエ　行（FAX：0996-52-1134）**

**送付状は必要ありません。**

**令和元年度介護職員等によるたんの吸引等の実施の為の研修（不特定多数の者対象）**

**受講申込書**

記入日（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏名 |  | | 性別 |  | | 介護福祉士資格 | あり・なし  （　　　　年　　月合格） |
| 生年月日・年齢 | 昭和　平成　　　　年　　　月　　　日（　　　　）歳 | | | | | 実務者研修の修了 | あり・なし |
| 現在の勤務先 | 法人名 |  | 施設名 | |  | | |
| 施設・事業所所在地  〒 | | | | | | |
| TEL：  FAX：  担当者： | | | | | | |
| 現勤務先の  施設等種別  該当するものに〇 | 1.特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）  2.介護老人保健施設  3.認知症対応型共同生活介護事業所  4.特定施設入居者生活介護事業所  5.訪問介護事業所  6.障害者(児)福祉施設  7.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 確認欄 | □「実地研修に係る確認事項チェックシート」を添付している  □チェックシートを確認したうえで自施設・事業所で実地研修が可能である  □介護職員実務者研修修了証の添付 | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | |

①受講決定通知時に受講にあたっての手続き等をお知らせいたします。

②別紙「実地研修に係る確認事項チェックシート」も併せてご提出ください。

③本紙にてFAX若しくは郵送にてお申し込みください。こちらからFAXにて到達確認のご連絡をいたします。連絡の

ない場合は（0996-52-1100介護老人保健施設クオリエ）までご連絡ください。

④チェックシートも併せてご送付ください。