**令和4年度介護職員実務者研修申込書・推薦書**

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講職員 | フリガナ氏　　名 | 性別 | 　 男・女 |
| 生年月日修了証明書に使用 |  　　 年　　　　月　　　　日 | 年齢 |  歳 |
| 勤務先職名 |  | 実務経験年数 |  　 年　　月 |
| 勤務先 |  電話番号 FAX |
| 資格の有無※取得している資格を総て選択 | 　　□無資格　　　　□初任者研修　　　　□喀痰吸引研修 ( 修了書の写しは、受講決定後に提出していただきます。 )  |
| 連絡用メールアドレス |  ( このメールアドレスに必要に応じて事務局から連絡をとります。 )  |
| 教科書※関係資料もこの住所に送ります。 |  　 □希望します。　　　□希望しません。送付先住所 ( 送付先が施設の場合には、施設名を必ず記載 ) 〒 |
| 備　考 | (ご意見などをご記入ください。) |

送付先

　・郵送　〒221-0825　　横浜市神奈川区反町3丁目17番2

 一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

 ・FAX 　　045-311-8768

　・メール E-mail：koueikyo@kanagawa-koureikyo.or.jp

 **締切　令和4年6月20日**