**※送信票不要**

**FAX：017-731-3756**

公益社団法人青森県老人福祉協会　宛

**あおもりノーリフティングケア研修 ～地区別研修会～**

**参加申込書**

記入日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込者（記入者）** |  |  | 施　設・  事業所名 | |  |
| 住　所 | 〒　　　- | | | |
| TEL： | | FAX： | |

**【参加希望の回に✓をしてください】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催回・月日等 | 対　象 | 締　切 |
| ①～⑤は受付終了 | ノーリフティングケアに興味がある方  （介護職員、看護師、ケアマネ、理学療法士） | 受付終了 |
| ⑥１0月31日（金）／弘前 | ⑥  10月10日  （金） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加者** |  |  | 職種  または  役職 |  |
|  |
| 施　設・  事業所名 |  | | |
| ←申込者と同じ場合は✓ | | |
| **参加者** |  |  | 職種  または  役職 |  |
|  |
| 施　設・  事業所名 |  | | |
| ←申込者と同じ場合は✓ | | |

＜留意事項＞

※申込書に記載された内容は個人情報保護法等の規定に基づき適切に管理を行うものとし、本事業に関する業務以外には使用いたしません。

※申込後にキャンセルされる際は、すみやかに本協会へご連絡いただきますようお願いします。

※本様式は、本協会ホームページからもダウンロード可能です。

※実技体験はペアで行いますので、できる限り2名でお申し込みください。

※定員を**超過した場合は先着順**とし、**「地区別研修の参加歴がない施設・事業所」を優先**させていただきます。

※締切後、**申込者宛に決定通知を送付**いたします。

※内容の変更等が生じる際は、本協会ホームページ等にてお知らせします。

|  |  |
| --- | --- |
| **お申込み**  **・**  **お問合せ先** | 公益社団法人青森県老人福祉協会　　担当：山田・三上  〒030-0822　青森市中央3丁目20番30号  ＴＥＬ：017-731-3755　ＦＡＸ：017-731-3756  E-mail：[roshikyo@themis.ocn.ne.jp](mailto:roshikyo@themis.ocn.ne.jp)　ホームページ：http://www.aomori-roukyo.or.jp/ |