**※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

**令和６年度あおもりノーリフティングケア推進事業**

**ノーリフティングケア地区別研修会**

**参加申込書**

記入日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加者①** | 　　 |  | 職種または役職 |  |
| 施　設・事業所名 |  |
| □ ←申込者と同じ場合はチェック |
| **参加者②** | 　　 |  | 職種または役職 |  |
| 施　設・事業所名 |  |
| □ ←申込者と同じ場合はチェック |

|  |
| --- |
| **参加希望の回にチェックしてください** |
|  | チーム 青 森 | チーム 弘 前 | チーム 八 戸 | 申込締切 |
| 第1回 | [ ] 　8月9日（金） | [ ] 　8月9日（金） | [ ] 　7月23日（火） | 6月28日（金）〆 |
| 第2回 | [ ] 　9月18日（水） | [ ] 　10月11日（金） | [ ] 　9月25日（水） | 8月23日（金）〆 |
| 第3回 | [ ] 　10月8日（火） | [ ] 　11月8日（金） | [ ] 　11月20日（水） | 9月13日（金）〆 |

＜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、**「総合マネジメント研修および地区別研修の参加歴がない施設・事業所」「2名で申し込まれた施設・**

**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：017-731-3756E-mail：roshikyo@themis.ocn.ne.jp　ホームページ：http://www.aomori-roukyo.or.jp/ |