別紙様式１

令和　　年　　月　　日

高知県長寿社会課長　　様

法 人 名

施 設 名

施 設 住 所 〒

施設代表者名

担当者名

　　　　　　　 T E L:

F AX:

e-mail:

令和６年度高知県介護職員等喀痰吸引等研修事業（指導者講習）

受講申込書兼推薦書

　標記について、下記の者を推薦し、関係書類（別紙様式２）を添えて申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | 資格 | 優先順位（2名以上申込の場合） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（＊同じ施設から複数名の受講も可能ですが、申込者数が定員を上回る場合は、同じ施設からの申し込みについては、受講者を調整させていただく場合がありますのでご了承願います。）