（別紙）

『実地研修施設を目指すためのじっくりサポート研修』

参加申込書

■お願い

必ず、施設管理者、実地研修受け入れ担当者は、ご参加ください。

下記に、必要事項をご記入ください。

■申込期日　2024年5月17日(金)

　※申し込み期日に間に合わなかった場合は、研修企画課（TEL03-5577-6186）までご相談ください。

■提出先　　E-mail：　suishinka@unit-care.or.jp　　担当：各務・岩崎

|  |  |
| --- | --- |
| **法人名** |  |
| **施設名** |  |
| **都道府県・指定都市** |  |
| **住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **施設長名（施設管理者）** |  |
| **実習受け入れ担当者****＊予定者の氏名（役職・職種）** | **（　　　　　）** |
| **ユニットリーダーや多職種****＊（　）内に役職・職種を****記入ください** | **（　　　　　）** |
| **（　　　　　）** |
| **（　　　　　）** |
| **（　　　　　）** |
| **（　　　　　）** |
| **（　　　　　）** |
| **（　　　　　）** |

**一般社団法人　日本ユニットケア推進センター**