登録申込書提出期限

〇令和4年11月実施分

令和4年10月31日（月）

〇令和4年12月実施分

令和4年11月18日（金）

**【宛先】**

**京都市介護ケア推進課　感染症対策研修担当**

※受講申込書をメールにてお送りください。

**【メールアドレス】　kaigo-2001@city.kyoto.lg.jp**

**【タイトル】　感染症対策実地研修　受講申込****書**

**感染症対策実地研修　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 施設種別(地域密着型含む） | □特別養護老人ホーム □介護老人保健施設  □介護療養型医療施設 　　　　　 □介護医療院  □認知症高齢者グループホーム 　□ケアハウス  □養護老人ホーム 　 □有料老人ホーム  □サービス付き高齢者向け住宅 □短期入所施設  □小規模多機能型居宅介護  □看護小規模多機能型居宅介護 |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 連絡先(メールアドレス)※１ |  |
| 担当者 |  |

**※１　こちらに記入されたアドレス宛へ研修に関連する連絡事項を通知しますので、受信可能なアドレスを御記入ください。**