



## 申込書類

【様式1】新潟医療生活協同組合 喀痰吸引等研修 推薦状（とりまとめ票）

【様式2】新潟医療生活協同組合 喀痰吸引等研修 受講申込書

科目免除対象者は修了書等の写し添付

※返信用封筒を同封してください。（長形 40 号サイズ=A4 サイズ 3 つ折り）封筒には宛名  
郵便番号、事業所所在地、事業所名、担当者名を必ず記載の上、82 円切手を貼って下さい。

## 募集期間

平成30年8月1日（水）まで ※定員になり次第締め切らせていただきます。

## 申込方法

申込書を施設・事業所ごとにとりまとめ、新潟医療生活協同組合 コープ ケア カレッジ事務局へ  
直接、もしくは郵送により提出して下さい。電話・FAX・メール等による申込は受付いたしません。  
※持参窓口受付時間 原則 平日 8:30～17:00 までをお願いします。

## 申込書類提出先

〒950-0891 新潟県新潟市東区上木戸5丁目2番1号  
新潟医療生活協同組合 コープ ケア カレッジ事務局 宛 担当 池 / 高橋  
TEL025-271-6161 FAX 025-282-7180

## 選考方法

施設・事業所ごとの申込とし、複数名の申込の際は優先順位を付けてください。  
締め切り期日になった時点で、受付順位と施設・事業所からの優先順位を勘案し、書類選考により  
受講生を決定します。

## 選考方法の通知方法

申込者に対し、受講決定（不決定）通知を送付します。

## 受講料のお支払いについて

受講決定通知書が届きましてから 1 週間以内に、当方の指定する金融機関にお振込下さい。  
※ご入金が遅れる場合は、ご連絡をお願いします。

## 申込後の辞退・受講料の返還

一旦納付された受講料は、原則として返還しません。やむを得ない事情により受講を辞退したい場合は、  
平成 30 年 8 月 8 日（水）までに必ず連絡をしてください。受講料を振込している場合は当法人が確認  
後、後日事務処理費 4,630 円を除いた受講料を返還します。事前連絡がない場合は理由に関わらず返  
還いたしませんので予めご了承願います。

## 研修会場までの周辺案内図

