<申込先>FAX：917－0702（番号のお掛け間違いのないようご注意下さい。）

名古屋市福祉人材確保のための職員研修
（スキルアップ研修Ⅰ　訪問介護員・初任者向け）参加申込書

平成２３年　　月　　日

社会福祉法人 名古屋市社会福祉協議会　宛

所属事業所名：

サービス種別：

（記入者名：　　TEL　　－　　）

名古屋市福祉人材確保のための職員研修（スキルアップ研修Ⅰ　訪問介護員初任者向け）に、下記のとおり参加申し込みします。

記

1　研修参加申込者　（対象：訪問系事業所で介護関係業務の従事期間が３年未満の方）

【スキルアップ研修（訪問介護員・初任者向け）研修】開催日：平成 23 年 7 月 12 日（火）

優先順位	職種名	ふりがな 氏　　名	性別	訪問介護員としての年数 （　年　ケ月）	備考
1				年　　ヶ月	
2				年　　ヶ月	
3				年　　ヶ月	

※受講を優先させる職員の順番に記入してください。（定員を超えた場合に参考にします）
※対象が違う研修に申し込みされる場合、研修対象事業所の申し込みが優先されますのでご了承ください。

（申込期限：平成２３年６月１５日（水））

2「受講決定のお知らせ」受け取り FAX 番号（必須）

ＦＡＸ番号：　　－

（注意！）くれぐれも記入間違えのないようお願いします。

※「受講決定のお知らせ」は６月２７日までに受講が決定した申込者のみにＦＡＸいたします。落選者への通知はいたしませんのでご了承ください。

本研修に関する問合せ先：名古屋市社会福祉協議会　在宅福祉部　矢部
☎　７３１－９７５８