

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

名古屋市福祉人材確保のための職員研修
（認知症基礎研修Ⅱ 施設介護職員向け）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（認知症基礎研修Ⅱ 施設介護職員向け）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：通所・入所系事業所の介護業務従事者）

【認知症基礎研修Ⅱ（施設介護職員向け）】開催日：平成23年7月25日（月）

優先順位	職種名	ふりがな 氏名	性別	施設介護職員としての年数 （年 月）	備考
1				年 月	
2				年 月	
3				年 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い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 経営企画室 河村

☎911-3204