

**<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  
(スキルアップ研修Ⅱ 施設介護職員・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Ⅱ 施設介護職員・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：通所・入所系の介護業務従事者で、従事期間が3年未満の者）**

【スキルアップ研修Ⅱ（施設介護職員・初任者向け）】開催日：平成23年8月1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いたします。

※「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