

**<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Ⅲ 医学基礎知識）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Ⅲ 医学基礎知識）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、通所・入所系事業所の介護関係業務従事者）**

【スキルアップ研修Ⅲ（医学基礎知識）】開催日：平成23年10月20日（木）

優先順位	職種名	ふりがな 氏 名	性別	介護関係業務従事年数 (年 月)	備考
1				年 月	
2				年 月	

※本研修は申込みが多数のため、優先順位が1位の方も抽選で落選することがあります。

※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8月15日（月））**

**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8月25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