

<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
（管理者研修Ⅱ 通所・入所系事業所向け）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（管理者研修Ⅱ 通所・入所系事業所向け）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・入所系事業所の管理者及び人事・労務事務を行う者）

【管理者研修Ⅱ（通所・入所系事業所向け）】開催日：平成24年2月17日（金）

優先 順位	職種名	ふりがな 氏 名	性別	管理者又は担当者としての年数 （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11月15日（火））

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11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 経営企画室 河村

☎911-3204