

<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12月22日（木）

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
			年 月	

※本研修は申込みが多数のため、お申し込みは1事業所1名のみとさせていただきます。

※申込みが定員を超過した場合には抽選になります。

（ 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 在宅福祉部 矢部

☎ 731-9758