

**<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 I 訪問介護員向け)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 I 訪問介護員向け) 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: 訪問系事業所の介護関係業務従事者)**

**【認知症基礎研修 I (訪問介護員向け)】開催日: 平成 24 年 1 月 24 日 (火)**

優先順位	職種名	ふりがな 氏 名	性別	訪問介護関係業務従事年数 (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 在宅福祉部 矢部

☎ 731-9758