

<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
(中堅職員研修Ⅰ サービス提供責任者向け)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(中堅職員研修Ⅰ サービス提供責任者向け)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: サービス提供責任者で従事期間が3年以上の者)

【中堅職員研修Ⅰ (サービス提供責任者向け)】開催日: 平成24年2月14日(火)

優先順位	職種名	ふりがな 氏 名	性別	サービス提供責任者としての年数 (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 在宅福祉部 矢部

☎ 731-9758