

<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Ⅱ 施設介護職員向け）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Ⅱ 施設介護職員向け）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：通所・入所系事業所の介護業務従事者）

【認知症基礎研修Ⅱ（施設介護職員向け）】開催日：平成24年2月15日（水）

優先順位	職種名	ふりがな 氏 名	性別	施設介護職員としての年数 （年 ヶ月）	備考
1				年 ヶ月	
2				年 ヶ月	
3				年 ヶ月	

※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