

**<申込先>FAX：731-9730**（番号のお掛け間違いのないようご注意ください。）

**名古屋市介護職員等キャリアアップ研修  
(中堅職員研修Ⅱ 施設介護職員リーダー向け)参加申込書**

平成25年 月 日

名古屋市介護職員等キャリアアップ研修  
・名古屋市社協・名介研コンソーシアム 宛

所属事業所名：.....  
サービス種別：.....  
(記入者名： Tel. - )

名古屋市介護職員等キャリアアップ研修(中堅職員研修Ⅱ 施設介護職員リーダー向け)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関係業務従事者で従事期間が3年以上の方）

【中堅職員研修Ⅱ（施設介護職員リーダー向け）】開催日：平成25年8月16日（金）

優先順位	職種名	ふりがな	性別	介護職員としての年数 (年 月)	備考
		氏名			
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25年6月10日(月) )**

**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6月15日(土)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 社会福祉研修センター 矢部  
☎ 745-6660