

《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。)

参加申込書は、事業所(サービス種別)ごとに作成ください。

## 【後期】名古屋市介護職員等キャリアアップ研修参加申込書

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

必ず裏面の  
対象事業所の  
サービス種別  
を記載ください。

(必須) 所属事業所名

(必須) サービス種別

(必須) 記入者・TEL番号 (記入者: TEL - )

**FAX番号は、  
必ずご記入ください。**

「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致します)

### キャリアアップ研修参加申込者

No.	研修番号	研修名	職種	フリガナ 氏名	性別	研修対象職種 従事年月 (経験年月)	備考
1						年 月	
2						年 月	
3						年 月	
4						年 月	
5						年 月	
6						年 月	
7						年 月	
8						年 月	

《申込期限》 平成25年11月10日(日) ⇒ 《研修決定》11/15までに決定者のみFAX通知

※研修番号は、参加希望の研修番号を裏面「実施計画表」より選びご記入ください。

※複数名申込みが可能である研修について、定員を超過した場合は名前が名簿の上にある方から優先して抽選します。

※1事業所で1名のみ参加可能である研修について、複数名申込み頂いた場合は各研修名簿の一番上にある方のみを受付けます。

※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。

※9名以上申込みされる場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

《申込先》 FAX: 7 **記入例** (間違いのないようご注意ください。)

サービス種別は、  
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援、通所介護、通所リハ、重度訪問介護・行動援護など

事業所(サービス種別)ごとに作成ください。

### 介護職員等キャリアアップ研修参加申込書

平成25年11月1日

古屋市社協・名介研コンソーシアム 宛

必ず裏面の対象事業所のサービス種別を記載ください。

(必須) 所属事業所名 特別養護老人ホーム ○△□  
 (必須) サービス種別 介護老人福祉施設  
 (必須) 記入者・TEL番号 (記入者: 田中 TEL 123 - 4568 )

### FAX番号は

参加希望の研修番号・研修名を裏面の実施計画表より選んで記入ください。

「受講決定のお知らせ」受け取りFAX番号

FAX番号⇒ 123

(注意!くれぐれも記入間違いの)

### キャリアアップ研修参加申込者

必ずご記入ください。また、誤送信防止のため正確にご記入ください。

1	3	中堅職員研修Ⅱ (施設介護職員リーダー向け)	介護職員	フリガナ 氏名 ふくし はなこ 福祉 花子	性別 女	研修対象職種従事年月 (経験年月) 5年 2ヶ月	備考
2	3	〃	〃	かいご たろう 介護 太郎	男	4年 6ヶ月	
3	5	管理者研修Ⅱ(通所・入所事業所向け)	管理者	たなか ゆうや 田中 雄哉	男	7年 2ヶ月	
4	8	スキルアップ研修Ⅱ(施設介護職員・初任者向け)	介護職員	ごきそ あやか 御器所 彩花	女	1年 8ヶ月	
5	8	〃	〃	くろかわ のりこ 黒川 典子	女	年 3ヶ月	
6	13	薬学基礎知識研修	〃	なごや ゆかり 名古屋 由香里	女	5年 8ヶ月	
7	17	認知症基礎研修 施設介護職員向け	訪問介護員、介護支援専門員等の職種をご記入ください。介護福祉士等の資格の名称ではありません。				
8						ふりがな、従事年月をご記入ください。 年 ヶ月	

《申込期限》 平成25年11月10日(日) ⇒ 《研修決定》11/15までに決定者のみFAX通知

※研修番号は、参加希望の研修番号を裏面「実施計画表」より選びご記入ください。

※複数名申込みが可能である研修について、定員を超過した場合は名前が名簿の上にある方から優先して抽選します。

※1事業所で1名のみ参加可能である研修について、複数名申込み頂いた場合は各研修名簿の一番上にある方のみを受付けます。

※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。

※9名以上申込みされる場合は、本紙をコピーしてご使用ください。