**平成27年度 名古屋市難病患者等ホームヘルパー養成研修　受講申込書**

申込受付期間　: 平成28年1月15日（金） 消印有効

申込方法　: 郵送（封筒に「難病患者等ホームヘルパー養成研修申込」と記載してください）

平成　　年　　月　　日

事業者名称

事業所所在地　〒

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ／　生年月日 | 該当するものに○をつけてください |
| １ |  | 介護福祉士　　　ホームヘルパー２級課程修了  介護護職員初任者研修（　修了　・　履修中） |
| 昭和・平成　　　 　年　　月　　日 |
| ２ |  | 介護福祉士　　　ホームヘルパー２級課程修了  介護護職員初任者研修（　修了　・　履修中） |
| 昭和・平成　　　 　年　　月　　日 |
| ３ |  | 介護福祉士　　　ホームヘルパー２級課程修了  介護護職員初任者研修（　修了　・　履修中） |
| 昭和・平成　　　 　年　　月　　日 |
| ４ |  | 介護福祉士　　　ホームヘルパー２級課程修了  介護護職員初任者研修（　修了　・　履修中） |
| 昭和・平成　　　 　年　　月　　日 |
| ５ |  | 介護福祉士　　　ホームヘルパー２級課程修了  介護護職員初任者研修（　修了　・　履修中） |
| 昭和・平成　　　 　年　　月　　日 |

担当者名＜ ＞

TEL

※　受講申込書と事前アンケート（参加者１名につき１枚）を同封してください。

【　申込先・問合せ先　】

〒460-8508　名古屋市中区三の丸三丁目１番１号

名古屋市健康福祉局健康部健康増進課地域看護係

電話　052-972-2632　FAX　052-972-4152

ﾒｰﾙ　a2632@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp