

FAX

お申込みは、下記のフォームにご記入の上、ファックスにてお申込み下さい。

## 【研修会 参加申込書】

申込締切： 令和5年5月12日（金）

FAX 送信先 096-297-8115（熊本県介護福祉士会）

※全て必須項目になります。選択の場合いずれかに○をお願いします。

【氏名】 \_\_\_\_\_

※一般の申込で複数名での参加希望の場合、全ての方の名前をご記入下さい。又、複数名でご希望の場合、定員の都合上人数に制限がかかる場合がございます

【申込情報】 会員（会員 NO \_\_\_\_\_）・ 一般（ \_\_\_\_\_ ）名

【所属（法人名）】 \_\_\_\_\_

【住所】 \_\_\_\_\_

【電話番号】 \_\_\_\_\_

【メールアドレス（必須）】 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

【外国人技能実習生等受入状況】

現在受入れをしている はい ・ いいえ

（はい）とお答えになられた方

1-1：受入人数及び受入方法 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）人

技能実習生・特定技能（ \_\_\_\_\_ ）号・その他（ \_\_\_\_\_ ）

（いいえ）とお答えになられた方

1-2：今後の受入状況 当面受入予定なし ・ 今後受入予定

（ \_\_\_\_\_ ）月頃、受入方法：技能実習生・特定技能・その他（ \_\_\_\_\_ ）

質問等ございましたらご記入ください

※本研修における個人情報には研修目的以外での使用はいたしません。