

技能実習生等介護人材集合研修事業・フォローアップ事業 申し込みフォーム

熊本県介護福祉士会事務局 あて(FAX 096-297-8115)

① 集合研修

ご希望日・・・ 第1回(2/25) ・ 第2回(2/26)(いずれかに○をつけてください)

施設・事業所名	
参加希望者名 (該当項目に○、または記入をお願いします。記入欄が不足する場合はコピーしてください)	技能実習・特定技能1号 フリガナ _____ 名前 _____ 母国 _____ 就労開始年月 年 月 日本語能力 程度 介護技能実習評価試験 未・済(初級 専門級)
	技能実習・特定技能1号 フリガナ _____ 名前 _____ 母国 _____ 就労開始年月 年 月 日本語能力 程度 介護技能実習評価試験 未・済(初級 専門級)
ご担当者名 及び電話番号	名前 _____ 電話番号 _____

※日本語能力について、日本語能力試験、J.TEST 実用日本語検定、日本語 NAT-TEST などの日本語能力試験を受験されたことがある方は、その結果を記載ください。

② フォローアップ事業(職場へ講師派遣)

施設・事業所名	
ご担当者名 及び電話番号	名前 _____ 電話番号 _____
対象外国人材の 人数	人
希望するフォロー アップの概要	※自由記載

※担当講師より、スケジュールや詳細のヒアリングを電話にて行います。