

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 (いずれかに○をつけてください)

ご希望日	第1回 天草会場(2/16) 松島総合センター「アロマ」
	第2回 県南会場(2/22) 介護老人福祉施設白梅の杜

施設・事業所名	
参加希望者名 <small>(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)</small>	① <u>技能実習・特定技能1号</u> 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)
	② <u>技能実習・特定技能1号</u> 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。

※受講人数で項目が不足する場合、用紙のコピーにてご対応ください。

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 _____
派遣先住所	〒 _____	
対象外国人材の人数・お名前(フリガナ)	人	名前 _____
	名前 _____	名前 _____
希望日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日()、時間: _____ ~ _____	希望
希望する研修内容	※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。