愛媛県外国人介護人材支援センター　事務局行き

ＦＡＸ：０８９－９２１－３３９８（送信紙不要）　Ｅメール：jinzai@ehime-shakyo.or.jp

**令和５年度　外国人介護人材の受入に関する研修会　参加申込書**

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | | | | | | |
| 事業所名 | |  | | | | | | |
| 所在地  連絡先 | | 〒 | | | | | | |
| ＴＥＬ | |  | ＦＡＸ | |  | |
| メール  アドレス | |  | | | | |
| 申込担当者  役職・氏名 | |  | | | 連絡先 | |  | |
| **＜参加申込者＞**  **日程：中予・南予会場／オンライン　７月１９日（水）　　　東予会場　７月２０日（木）** | | | | | | | | |
| 参加会場 | 参加方法 | | | 氏　　　　　名 | | 職　　　名 | |
| 会場 | | オン  ライン |
| 中予・南予 |  | |  |  | |  | |
| 東　　　予 |  | |  |
| 中予・南予 |  | |  |  | |  | |
| 東　　　予 |  | |  |
| 中予・南予 |  | |  |  | |  | |
| 東　　　予 |  | |  |
| 中予・南予 |  | |  |  | |  | |
| 東　　　予 |  | |  |
| 中予・南予 |  | |  |  | |  | |
| 東　　　予 |  | |  |
| 備考 |  | | | | | | |

**≪記入要領≫**

１　参加会場は該当欄に✔を付してください。

２　参加申込者が６名以上の場合は、本申込書をコピーしてご使用ください。

３　全体を通しての参加が難しい場合は、「備考欄」にその旨をご記入ください。

**申込締切 ： 令和５年７月１０日（月）必着**

※申込書受領後、1週間以内に受領のメールをお送りします。メールが届かない場合は事務局までご連絡

　ください。