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。