**令和７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 |  | |
| 外国人材の  受入について  （○をつけてください） | |  | 自事業所で受け入れている | | | | | | |
|  | 自事業所では受け入れていないが、法人内で受け入れている | | | | | | |
|  | 受け入れていない | | | | | | |
| **＜参加者＞** | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 | | | | | 職　名 | 氏　　　　　名 | | | 職　名 |
| ① | | | | |  | ③ | | |  |
| ② | | | | |  | ④ | | |  |
| 取組・課題等 | 〈取組〉 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 〈課題・質問〉 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

情報交換会で話し合いたい項目を「取組・課題等」にご記入ください。

　申込欄が足りない場合は、コピーしてお使いください。

　※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。

送り先（送付文不要）

|  |
| --- |
| 愛媛県外国人介護人材支援センター  ＦＡＸ：０８９－９２１－３３９８（送信紙不要）　Ｅメール：jinzai@ehime-shakyo.or.jp |