**令和７年度　外国人介護人材向け集合研修 参加申込書**

**《介護技術編》**

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 |  |
| **＜参加申込者＞** |
|  | 希望日 | 氏　　　　　　名（職場での呼び方：在職期間） | 在留資格 | 出身国 | 日本語能力 |
| **第１回** | 8/4　移動 | (　　 　　 ：　　 　　) | 技能実習 特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( ) |
| 8/5　食事排泄 |
| 8/4　移動 | (　　 　　 ：　　 　　) | 技能実習特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( 　 ) |
| 8/5　食事排泄 |
| 8/4　移動 | (　　 　　 ：　　 　　) | 技能実習特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( 　 ) |
| 8/5　食事排泄 |
| 付添　職員 | 人 | 氏名： |
| **第２回** | 10/30　移動 | (　　 　　 ：　　 　　) | 技能実習 特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( ) |
| 10/31食事排泄 |
| 10/30　移動 |  | 技能実習特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( 　 ) |
| 10/31食事排泄 |
| 10/30　移動 | (　　 　　 ：　　 　　) | 技能実習特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( 　 ) |
| 10/31食事排泄 |
| 付添　職員 | 人 | 氏名： |

送り先

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