**令和７年度　外国人介護人材向け集合研修 参加申込書**

**《日本語研修編》**

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 |  | 連絡先 |  |
| **＜参加申込者＞** |
|  | 氏　　　　　　名（職場での呼び方） | 在留　　資格 | 出身国 | 日本語能力 | 希望日 |
| **第１回** | （　　　　　　　　　　） | 技能実習 特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( ) | ①6/11②6/18どちらでも |
| （　　　　　　　　　　） | 技能実習特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( 　 ) | ①6/11②6/18どちらでも |
| （　　　　　　　　　　） | 技能実習特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( 　 ) | ①6/11②6/18どちらでも |
| 付添　職員 | 人 | 氏名： |
| **第２回** | （　　　　　　　　　　） | 技能実習 特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( ) | ①7/9②7/23どちらでも |
| （　　　　　　　　　　） | 技能実習特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( 　 ) | ①7/9②7/23どちらでも |
| （　　　　　　　　　　） | 技能実習特定技能 |  | Ｎ４Ｎ３( 　 ) | ①7/9②7/23どちらでも |
| 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