**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 |  | | Ｎ４  Ｎ３  ( ) | ①6/11  ②6/18  どちらでも |
| （　　　　　　　　　　） | | | | | 技能実習  特定技能 |  | | Ｎ４  Ｎ３  ( 　 ) | ①6/11  ②6/18  どちらでも |
| （　　　　　　　　　　） | | | | | 技能実習  特定技能 |  | | Ｎ４  Ｎ３  ( 　 ) | ①6/11  ②6/18  どちらでも |
| 付添　職員 | 人 | | 氏名： | | | | | | |
| **第２回** | （　　　　　　　　　　） | | | | | 技能実習  特定技能 |  | | Ｎ４  Ｎ３  ( ) | ①7/9  ②7/23  どちらでも |
| （　　　　　　　　　　） | | | | | 技能実習  特定技能 |  | | Ｎ４  Ｎ３  ( 　 ) | ①7/9  ②7/23  どちらでも |
| （　　　　　　　　　　） | | | | | 技能実習  特定技能 |  | | Ｎ４  Ｎ３  ( 　 ) | ①7/9  ②7/23  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