

法人名		施設名	
住所			
電話番号		FAX	
担当者様		役職	
メールアドレス	大きく記載してください @		

外国人介護人材担当者様向け研修： 受講を希望する ・ 希望しない

※ 外国人介護人材担当者様を対象に、外国人への指導方法（伝わりやすい伝え方など）のレクチャーを行います。1時間程度。無料。

受講する技能実習生・特定技能外国人						
例	名前（カタカナ）	性別	年齢	国籍	在留資格	監理団体名称 (所在地：〇〇県△△市)
	ローマ字			入国した年月日	日本語レベル	
1		女・男			<input type="checkbox"/> 技能実習（介護） <input type="checkbox"/> 1号特定技能外国人	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> なし 試験種類：	
2		女・男			<input type="checkbox"/> 技能実習（介護） <input type="checkbox"/> 1号特定技能外国人	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> なし 試験種類：	
3		女・男			<input type="checkbox"/> 技能実習（介護） <input type="checkbox"/> 1号特定技能外国人	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> なし 試験種類：	
4		女・男			<input type="checkbox"/> 技能実習（介護） <input type="checkbox"/> 1号特定技能外国人	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> なし 試験種類：	
5		女・男			<input type="checkbox"/> 技能実習（介護） <input type="checkbox"/> 1号特定技能外国人	
				年 月 日	<input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> なし 試験種類：	

上記の通り申込いたします。

施設名：

年 月 日

施設長：

Ⓢ

