

申込書

外国人介護職員向け ベーシック研修

対象: 介護職員としての経験がおおよそ1年以内の方及び昨年度の本研修を未受講の方

定員: 30名程度

会場	日程	時間	内容
キラリエ草津 6F 大会議室 (定員: 30名)	1日目 2024.9.19(木)	9:30~12:00	認知症の理解
		13:00~15:30	介助技術 I
		15:30~16:30	交通安全教室
	2日目 2024.9.20(金)	9:30~12:00	日本における介護とは I
		13:00~15:30	介護の日本語 I
法人・施設・事業所名			
受講決定通知書 送付先住所	〒 _____ (担当者: _____)		
TEL	_____	_____	
FAX	_____	_____	
メールアドレス	_____@_____		
参加者氏名 (カナ及びアルファベット) ※アルファベットは在留カード通りにご記入ください。 ※定員を上回る申し込みがあった場合は、参加人数を調整いただく等のお願いをすることがございますので、ご了承ください。	①	出身国: _____ 日本語レベル: N4・N3・N2・N1 在留資格: 技能実習・特定技能 その他()	
	②	出身国: _____ 日本語レベル: N4・N3・N2・N1 在留資格: 技能実習・特定技能 その他()	
	③	出身国: _____ 日本語レベル: N4・N3・N2・N1 在留資格: 技能実習・特定技能 その他()	
	④	出身国: _____ 日本語レベル: N4・N3・N2・N1 在留資格: 技能実習・特定技能 その他()	
備考 ※事務局に伝えておきたい事等ありましたら、ご記入ください。			

お申し込み

2024年8月4日(日)までに、FAXまたはメールでお送りください。

FAX: 077-599-4602 / メールアドレス: shiga.intl@lake.ocn.ne.jp