

【F A X】 077-599-4602 もしくは、
【E-mail】 shiga.intl@lake.ocn.ne.jp でお送り下さい。

申込書

介護福祉士試験 指導者向け研修
& 外国人介護人材による研究発表会

参加形態	<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン(視聴のみ) ※オンラインでの参加は～15:10 外国人介護職員による研究発表会 2 までとなります。
参加時間帯	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 午前の部のみ <input type="checkbox"/> 午後の部のみ
法人・施設・事業所名	
住所	〒 _____ (担当者: _____)
T E L	_____
F A X	_____
メールアドレス	_____@_____
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外国人介護職員の受入れを検討している(_____ 名程度) <input type="checkbox"/> すでに外国人介護職員を受け入れている(_____ 名)
受入れている(受入れを検討している)外国人介護職員の在留資格(希望在留資格)	(複数回答可) <input type="checkbox"/> 技能実習 <input type="checkbox"/> 特定技能 <input type="checkbox"/> EPA <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 在留資格「介護」 <input type="checkbox"/> 定住 <input type="checkbox"/> その他(_____)
参加者氏名 (外国人の方は、アルファベットで記入して下さい) ※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 <input type="checkbox"/> 受入れ担当者(予定含む) <input type="checkbox"/> 外国人介護職員
	② <input type="checkbox"/> 受入れ担当者(予定含む) <input type="checkbox"/> 外国人介護職員
	③ <input type="checkbox"/> 受入れ担当者(予定含む) <input type="checkbox"/> 外国人介護職員
	④ <input type="checkbox"/> 受入れ担当者(予定含む) <input type="checkbox"/> 外国人介護職員
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。	[本様式(word版)は、滋賀県国際介護・福祉人材センターのHPよりダウンロード可能です]

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。
(右記コードからでも、お申し込み可能です。)

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



申込フォーム