

外国人介護専門職育成研修 受講申込書

氏名	フリガナ				
	漢 字 または アルファベット				
生年月日	年 月 日	年 齢	国 籍	母国語	
		歳			
現住所	〒 ー (最寄駅) 線 駅 (自宅) TEL (携帯／その他) TEL				
来日年月日	年 月 日	在留 資格	☐ 技能実習 ☐ 特定技能 ☐ その他 ()	在留期限	
				年 月 日	
語学能力 試験	取得年月	日本語能力試験名		得点または級	
	年 月				
	年 月				
母国等での 介護・看護に 関する学歴 または資格 (ある場合のみ)	卒業年月／取得年月	学校名(学部・学科等) / 資格名			
	年 月				
	年 月				
実施要項の内容を理解した上で受講を希望します。また、研修の全日程に参加できます。 万が一補講を受ける場合は補講費用(30分2,500円)が必要であることに同意します。 令和7年 月 日 受講者自署 _____					
令和7年度 外国人介護専門職育成研修の受講対象者を上記のとおり推薦します。 令和7年 月 日 社会福祉法人 華頂会 華頂社会福祉専門学校 校長 加藤 英材 様 住 所 〒 TEL Email 施設・事業所名 管理者名 担当者名					