



※別途送信票等は不要です
 大分県社会福祉協議会 施設団体支援部 後藤宛

FAX: 097-558-6001

令和2年度 外国人介護人材スキルアップ研修会 集合研修申込票

事業所 () 記入者氏名 () TEL ()

以下のとおり申込みます。

氏名	男・女	国籍	入国時期	日本語能力	参加を希望する日程を全て記入してください					どちらかに○をつけてください	テキストを希望する方は○を記入してください。
					8月	9月	10月	11月	11月		
(例) アイン・グエン	女	ベトナム	2019年 12月	N4	22日	4日	3日	6日	21日	技能実習生 その他	○
			年		月	月	月	月	月	技能実習生 その他	
			年		月	月	月	月	月	技能実習生 その他	
			年		月	月	月	月	月	技能実習生 その他	
			年		月	月	月	月	月	技能実習生 その他	

【留意事項】

- *昼食は各自持参ください。(昼食の斡旋等はありません)
- *各会場で実施されるカリキュラム内容は同じです。
- *全カリキュラム受講を希望される場合は、異なる会場を選択してもかまいません。
 (例えば①は大分会場、②は佐伯会場に参加なども可能です。(例)にならって参加希望日程で明示ください。)

送迎をされる職員の方で、一緒に聴講を希望される場合は以下にご記載ください。

氏名	月日	月日	月日	月日	備考

お問い合わせ先

社会福祉法人大分県社会福祉協議会
 施設団体支援部 後藤・衛藤
 TEL: 097-558-0319
 E-mail: h_goto@oitakensyakyo.jp

テキストを希望する場合は備考にご記入ください