

外国人介護従事者支援アドバイザーによる訪問研修申込書

-送信票は不要です。この用紙のみ送信してください-

事業所名: _____ 担当者氏名: _____

連絡先電話: _____ メールアドレス: _____

- 1 フォローアップを希望する外国人介護従事者の方の ①国籍 ②来日時期 ③日本語能力 ④お名前 を記載ください(複数名の場合は全て)

- 2 希望日時

- 3 実施希望をする会場の所在地

- 4 アドバイザーによる訪問研修を受けたい内容、特に学びたい点等について具体的に教えてください。

大分県社会福祉協議会 施設団体支援部 ^{さとう しん} 佐藤・沈 行 FAX:097-558-6001

✳アドバイザーとの調整等がありますので、希望をされる場合は出来る限りお早めに連絡をお願いします。

✳申込後、調整のため事務局よりお電話を入れさせていただきます。送信後 1 週間以内に連絡がない場合は、恐れ入りますが事務局までご一報くださいますようお願いいたします。