

✳️FAX送信票は不要です✳️ 送付先：施設団体支援部・沈行き

送信先FAX：097-558-6001



受講にあたって
のお願い

昼食は各自でご用意ください。
動きやすい服装で受講してください。

各開催日の**2週間前**までに
お申込みください。

研修受講申込書

ご連絡先

(施設担当者の連絡先をご記載ください)

事業所名 () 記入者名()

メールアドレス (研修連絡用)

電話番号 ()

受講者情報・お申込み研修

※技能実習生の方のみお申込みいただけます。
詳細は実施要綱をご覧ください。

受講者氏名	国籍	入国時期	在留資格 ✓を入れてください	日本語 レベル	お申込み研修	
					該当する研修、希望日程を全てご記入ください	
			<input type="checkbox"/> 技能実習 <input type="checkbox"/> 特定技能 <input type="checkbox"/> 日本人の配偶者等 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 介護の日本語 (月 日) <input type="checkbox"/> スキルアップコース (月 日) <input type="checkbox"/> 初級コース (月 日) <input type="checkbox"/> 専門級コース (月 日)	
			<input type="checkbox"/> 技能実習 <input type="checkbox"/> 特定技能 <input type="checkbox"/> 日本人の配偶者等 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 介護の日本語 (月 日) <input type="checkbox"/> スキルアップコース (月 日) <input type="checkbox"/> 初級コース (月 日) <input type="checkbox"/> 専門級コース (月 日)	
			<input type="checkbox"/> 技能実習 <input type="checkbox"/> 特定技能 <input type="checkbox"/> 日本人の配偶者等 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 介護の日本語 (月 日) <input type="checkbox"/> スキルアップコース (月 日) <input type="checkbox"/> 初級コース (月 日) <input type="checkbox"/> 専門級コース (月 日)	

※参加可能な日、または参加可能な会場のみ申し込みいただけます。

～「介護の日本語」に申し込みされた事業所様へのお願い～

認知症利用者への対応で困っていることや分からないことを1つ以上ご記入ください。

例：夕方になると施設の外に出ようとする利用者がある。どうすれば良いか分からない。

✳️送迎される職員の方で、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 (テキストを希望する場合はこちらにご記載ください)