

令和7年度外国人介護人材支援研修事業 受講申込書【離島向け】

法人名		事業所名				部署	
住所	〒	TEL		FAX		担当者名	

出張講習について		希望する・希望しない		※出張講習を希望する場合、 希望の日程について○をお付け下さい→		10月平日 午前	10月平日 午後	11月平日 午前	11月平日 午後
No	(フリガナ) 受講者名(英字)	参加 コース	性別	入国 年月日	入国方法	出身国	日本語 能力	動画閲覧用 アドレス (個人)	
例	カゴ ハナコ Kaigo Hanako	D	女	令和6年 4月	技能実習生 特定技能1号	ミャンマー	N4	kinyuurei@kinyuurei.jp	
1				令和 年 月	技能実習生 特定技能1号				
2				令和 年 月	技能実習生 特定技能1号				
3				令和 年 月	技能実習生 特定技能1号				

* ご提供いただいた個人情報は、当センターのプライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記の目的以外には使用いたしません。