

外国人介護専門職育成研修 I 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	<input type="checkbox"/> 技能実習	在留期限 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 特定技能	
			<input type="checkbox"/> その他 ()	
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			
<p>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(米原会場および大津会場)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。</p> <p>令和8年 月 日 受講者自署 _____</p>				
<p>令和8年度 外国人介護専門職育成研修 I の受講対象者を上記のとおり推薦します。</p> <p>令和8年 月 日</p> <p>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</p> <p>住 所 〒</p> <p>TEL Email</p> <p>施設・事業所名</p> <p>管理者名</p> <p>担当者名</p>				