**施設職員向け外国人介護人材受入研修**

**（施設訪問型研修コース）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加申し込みフォーム | | | | |
| 施設名 |  | | | |
| 連絡先 | 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| Email |  | | |
| 担当者名 |  | | 役職 |  |
| 受入れている外国人の  在留資格  （または、予定） | ・1号技能実習生　　　・2号技能実習生　　　・1号特定技能  ・それ以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 参加予定人数 | 10名以下　　　11～20名　　　　21～30名　　　それ以上  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　名） | | | |
| 研修依頼の理由・目的 | | | | |
|  | | | | |

FAX送信先：一般社団法人　愛知県老施協事務局

0561-61-0299