**介護現場で就労する外国人介護人材のための技能向上研修**

**初級コース　2/20.21（2日間コース）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加申し込みフォーム | | | |
| （カナ）  氏名 |  | 性別 |  |
| 国籍 |  | 年齢 | 歳 |
| 在留資格  （〇で選択） | ・1号技能実習生　　　・2号技能実習生　　　・1号特定技能  ・それ以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※それぞれのコースの参加目安をご確認ください。 | | |
| 日本での  介護の経験年数 | 年　　　　　　　か月 | | |
| 日本語レベル  （〇で選択） | N1程度　　N2程度　　N3程度　　N4程度　　その他（　　　） | | |
| 現在の所属先 | （施設名）  （施設住所） | | |
| 現在の所属先の日本人担当者名 |  | 電話  連絡先 |  |
| メールアドレス |  | | |
| 日本で介護の仕事に従事する理由・目的（自由記述） | | | |
|  | | | |

送信先：一般社団法人　愛知県老施協事務局

Email　[aichi@airokyo.com](mailto:aichi@airokyo.com)　　FAX　0561-61-0299