

外国人介護人材技能向上研修

第 36 回介護福祉士国家試験 模擬実践コース

11/8(水)、12/6(水)、1/10(水) 【切：11/6(月)】

※ 12/6 (水)、1/10(水)については、開催日の1週間前まで受け付けます。
但し、定員に達したら締め切ります、

参加申し込みフォーム

(ヨミガナ) 氏名		性別	
参加希望日 (希望日に○、 複数選択可)	11/8(水) 12/6(水) 1/10(水)		
国籍		年齢	歳
在留資格 (○で選択)	・1号技能実習生 ・2号技能実習生 ・1号特定技能 ・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 (○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 愛知県老人福祉施設協議会 事務局

Email : aichi@airokyo.com