

2024年度 外国人介護職員集合研修 受講申込書(全2 ページ)

p.1

記入日 年 月 日

I 希望地区・コース ※受講を希望する地区に○をつけてください。

受講 希望	地区	会場	日程 (全4回)	時間	定員	費用
	とうぶ 東 部 (沼津)	ふじのくに千本松 フォーラム 「プラサ ヴェルデ」	10月7日(月)、12月13日(金) 11月28日(木)、11月29日(金)	9:00~ 17:30	20名	さんかひ 参加費・ きょうざいひ 教材費 むりよう 無料
	ちゅうぶ 中 部 (静岡)	静岡県男女共同 参画センター 「あざれあ」	10月2日(水)、11月14日(木) 10月22日(火)、10月23日(水)		20名	こうつうひ 交通費 じこふたん 自己負担
	せいぶ 西 部 (浜松)	はままつし 浜松市市民協働 センター	10月4日(金)、12月6日(金) 11月25日(月)、11月26日(火)		20名	

II 受講者 (この研修に参加する方)

フリガナ			ニ ッ ク ネーム		
な まえ お名前					
ねん れい 年 齢	さい 才	いま す 今 住んでいる地域	し 市	く 区	
らい にち 来 日	ねん 年	がつ らいにち 月 来日	しずおかけん 静岡県	ぐん 郡	ちよう 町
にほんご 日本語の資格	なし ・ N5 ・ N4 ・ N3 ・ N2 ・ N1 ・ その他(				

III 所属施設(働いている施設)

法人名			
サービス種別		施設名	
所在地	〒		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス	@ ※施設代表メールアドレス等、本研修にご対応くださる方が見ることができるメールアドレスをご記入ください。		
施設担当者名		役職・職務名	

＊ⅣのQ1～Q3は、受講者(この研修に参加する方)が、手書きで書いてください。

Ⅳ 介護の仕事や日本語研修について

な ま え
名前

Q1. 今、施設でしている業務に○をつけてください。

シート交換 ・ オムツ交換 ・ 食事介助 ・ 排泄介助 ・ 入浴介助 ・ 水分介助 ・ 配膳 ・
離床 ・ 移乗 ・ 更衣 ・ 口腔ケア ・ 記録 ・ レクリエーション(体操など)

Q2. 今、仕事をしていて、難しいと思っていることは何ですか。

【介護について】

【日本語について】

Q3. この研修で、どんなことができるように なりたいですか。

【介護】

【日本語】

<申込み～受講までの流れ>

この申込書と事前課題をFAXまたは
E-mail で事務局まで送ってください。

受講が可能な場合は、施設に
受講決定通知書が届きます。

受講決定通知を持って、
研修会場へ来てください。

<お問合せ先・事務局> 〒430-0946 浜松市中央区元城町 218-26

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 人事企画部 担当:彦坂

FAX: 053-488-9008 E-mail: hq-study@sis.seirei.or.jp TEL: 053-413-3376

当事業団記入欄	申込み受付日	受講決定通知送付日	担当者