

2025年度 外国人介護職員のための介護技能研修 受講申込書

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 みしま (三島)	みしまし 市民文化 かいかん 会館	8月29日(金)、9月29日(月) 9月30日(火)、10月17日(金)	9:00～ 17:30	20名	さんかひ 参加費・ きょうざい ひ 教材費 むりょう 無料
	ちゅうぶ 中部 しずおか (静岡)	しずおかけん 総合社会 ふくし 福祉会館 「シズウエル」	8月21日(木)、9月16日(火) 9月17日(水)、10月3日(金)		20名	
	せいぶ 西部 はままつ (浜松)	はままつ し し 市民きょうどう 浜松市市民協働 センター	8月18日(月)、9月25日(木) 9月26日(金)、10月7日(火)		20名	こうつう ひ 交通費 じ こ ふ た ん 自己負担

II 受講者（この研修に参加する方）

フリガナ				ニック ネーム	
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 ぐん 郡 く 区 ちょう 町		
らい にち 来 日	ねん 年 がつ 月 らいにち 来日	しゅっしんこく 出身国 ・ ち い き 地域			
にほんご し かく 日本語の資格	なし ・ N5 ・ N4 ・ N3 ・ N2 ・ N1 ・ その他（ ）				
ざいりゅうし かく 在留資格	ぎのうじっしゅう 技能実習 ・ とくていぎのういちごう 特定技能1号				

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	