**介護技術向上研修　初級コース**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催日程 | | 申込み〆切 | |
| **1/29（水）** | | **1/14（火）** | |
| 参加申し込みフォーム | | | |
| （カナ）  氏名 |  | | 性別 |
| 国籍 |  | | 年齢 |
| 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  ・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 愛知県老人福祉施設協議会 事務局 aichi@airokyo.com