**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　　FAX　0561-61-0299