

令和6年度 外国人介護人材のための介護福祉士国家資格取得支援講座

申込書

(9/20 締切)

※すべて書いてください。

フリガナ		国籍	在留年数
氏名			年
生年月日 (西暦)	年 月 日	国試受験 予定年	令和 年
E-Mail(個人)		携帯/自宅	

↑ アドレス、電話番号は、まちがえずに書いてください

勤務先 (事業所名)			
勤務先住所	〒 _____	勤務先電話番号	
受講要件	(確認して○をつけてください ※複数可) 1. 日本語能力試験 N3 程度の外国人介護人材 (在留資格は問わず) 2. 養成校卒業者もしくは実務者研修修了者 (修了予定者を含む) で、今年度国家試験受験予定者 3. 5 回の講習を受けられる者		
在留資格	(ひとつ○をつけてください) 1. EPA (特定活動) 2. 留学 3. 技能実習 4. 特定技能 5. その他		
日本語能力	(ひとつ○をつけてください) 1. 日本語能力試験 N1 程度 2. 日本語能力試験 N2 程度 3. 日本語能力試験 N3 程度 4. 日本語能力試験 N4 程度		
受験資格	(ひとつ○をつけて、右の ( ) 内に年月を書いてください) 1. 養成施設卒業者・・・卒業時期 ( ) 年 ( ) 月 2. 実務者研修修了者・・・終了時期 ( ) 年 ( ) 月 3. 実務者研修受講予定者・・・受講予定 ( ) 年 ( ) 月		
受験回数	(これまでに国家試験を受けたことのある人は書いてください) 回		
介護の実務経験	(介護の仕事をしている人、したことがある人は書いてください) 経験年数 ( ) 年 ( ) か月		

※ 個人情報、本講座及び補助事業に関連したご案内・ご連絡、及び当会からの情報提供のために利用します。当会では本講座申込から取得する個人情報を第三者に提供することはありません。

問い合わせ先

公益社団法人神奈川県介護福祉士会

TEL 045-319-6687 FAX045-322-6678