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

（９/２締切）

※すべて書いてください。

フリガナ			
氏　　名			
国籍		在留年数	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）		
	〒		（連絡担当者）
	電話番号	ＦＡＸ	
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） 日本語能力試験 ①Ｎ１程度　②Ｎ２程度　③Ｎ３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		

問い合わせ先　　高知県介護福祉士会
TEL：088－844－4611　　FAX：088－844－9443