令和8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

（9/1締切）

※すべて書いてください。

フリガナ		国籍	
名 前			
生年月日（西暦）	年 月 日	国試受験予定年	年1月
E-Mail（個人）		携帯／自宅電話番号	（どちらかの番号を書いてください）

↑ アドレス・電話番号は、連絡に必要なので、まちがえずに書いてください。

お仕事先（事業所名）			
お仕事先住所（郵送先）	〒		
お仕事先E-Mail		お仕事先電話番号	
受講に必要な条件	（3つの条件にあてはまるか確認してください） 1．令和8・9年度の介護福祉士国家試験を受ける予定がある 2．日本語能力試験N3程度以上の日本語が理解できる 3．全5回ある講座をすべて受けることができる		
今お持ちの在留資格	（ひとつ〇をつけてください） 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	（ひとつ〇をつけてください） 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		
国家試験受験の資格	（ひとつ〇をつけて、右の（ ）内に年月を書いてください ※4以外） 1．養成施設を卒業した･･････････････････････････ 卒業 （ ）年（ ）月 2．実務者研修を修了した･････････････････････････ 修了 （ ）年（ ）月 3．実務者研修を受講する予定････････････････････ 予定 （ ）年（ ）月 4．EPA ＋ 介護施設で働いて3年以上		
国家試験の受験回数	（これまでに介護福祉士の国家試験を受けた回数を書いてください） 回		
介護の経験①	（最初に介護の仕事を始めたのは何年前ですか） ※介護の仕事をしている人、したことがある人のみ 約 年前		
介護の経験②	（介護の仕事の経験年数を教えてください） ※介護の仕事をしている人、したことがある人のみ 合計（ ）年（ ）ヶ月		

※ 申込書にお書きいただいた個人情報は、本講座及び補助事業に関連したご案内・ご連絡、及び主催・実施する会からの情報提供のために利用します。ここで書かれた個人情報を無関係の第三者に提供することはありません。

問い合わせ先
一般社団法人三重県介護福祉士会

℡：070-8368-6909 Mail：mie.kaifuku24@gmail.com