

別 紙

送信先：横須賀市介護保険課 総務係 小西  
F a x : 0 4 6 - 8 2 7 - 8 8 4 5  
e-mail : nci-hw@city.yokosuka.kanagawa.jp  
(1月19日(金)までにお申込ください。)

技能実習生及び受入事業所職員を対象とした研修（オンライン）出席申込書

1. 施設名、ご担当者様名、ご連絡先

事業所名	
ご担当者名	
ご担当者連絡先	
ご担当者連絡先（F A X）	
ご担当者連絡先（メールアドレス）	

2. 出席者氏名

	氏 名	国籍（差支えなければ ご記入ください。）
技能実習生		
受入事業所職員		—

※ご記入いただいた情報は研修の運営のために使用します。それ以外の用途では使用しません。