

別紙

送信先：横須賀市介護保険課 総務係 本松

F a x : 0 4 6 - 8 2 7 - 8 8 4 5

e-mail : nci-hw@city.yokosuka.kanagawa.jp

(1月17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

施設名	
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		
受入施設職員		

※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。