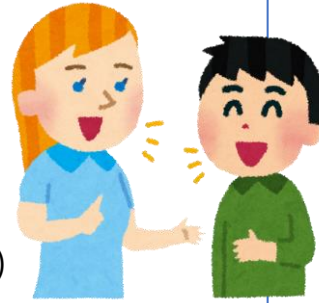


# 令和6年度 福井県外国人介護職員レベルアップ研修のご案内

○日時：7月5日（金）9：30～16：15  
（受付 9：00～）

○会場：国際交流会館  
（〒910-0004 福井県福井市宝永3丁目1-1）



○受講対象者：福井県内の介護サービス事業所で、介護職員として勤務する外国人職員

○定員：15名（先着順）

○費用：無料

○申込期間：5月21日（火）～6月12日（水）



## ◆その他留意事項

○申し込みは**先着順**とさせていただきます。

○ただし、申込人数が多い場合には調整させていただく場合がございます。また、初めてご参加される方を優先して調整する場合がございますので、ご理解ください。

○参加者には、お弁当をご用意いたしますので、**昼食の準備は不要**です。

○貴事業所等から、会場までの移動手段につきましては、**原則、事業所による送迎**をお願いいたします。

○なお、事業所・参加者間で調整がつかない場合で、公共交通機関等を利用して、参加者本人による現地集合を必ずしも妨げるものではありませんが、その場合にあっては、事業所から参加者に対し、必要な支援を行ってください。

○申し込み希望者が多い場合は、申込書を複数枚に分けてご提出ください。

申込書提出先：公益財団法人介護労働安定センター福井支部  
〒910-0006  
福井市中央1丁目3-1 加藤ビル6階  
公益財団法人介護労働安定センター 福井支部  
☎0776-25-1365

-----スケジュール-----

9：30 ～ 開会  
 9：50 ～ 介護記録の書き方講習  
 11：50 ～ 昼食・休憩  
 12：35 ～ レクリエーション  
 14：35 ～ 休憩  
 14：45 ～ グループワーク（困っていること等の情報交換）  
 16：15 閉会

—外国人介護職員レベルアップ研修申込書（福井・坂井地区）—

○下記に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送で  
公益財団法人介護労働安定センター福井支部までお送りください。

—FAX番号— 0776-25-4706

—住所—

〒910-0006 福井市中央1丁目3-1 加藤ビル6階

公益財団法人介護労働安定センター 福井支部

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 事業所に関すること             | 事業所名（ ） 担当者（ ）  |
| 連絡先                   | TEL：  |
|                       | FAX：  |
|                       | MAIL：   |
| 参加を希望する職員名<br>※複数名記載可 | ①氏名 _____ 出身国 _____   |
|                       | ②氏名 _____ 出身国 _____   |
|                       | ③氏名 _____ 出身国 _____   |
| 食事等<br>配慮が必要なこと       |   |
| 会場までの移動方法             | <input type="checkbox"/> 事業所による送迎 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 備考                    |   |

※受講希望者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、この研修に関する通知の送付及び研修実施に関する連絡、研修受講の際の本人確認の範囲で利用させていただきます。ご提供いただきました個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外に使用いたしません。