|  |  |
| --- | --- |
| 受入法人名施設・事業所名 |  |
| 施設・事業所住　所 |  |
| 施設・事業所担当職員氏名 |  |
| 施設・事業所電話番号 |  | 過去同趣旨の補助金支給の有無 | 有　・　無 |
| 施設・事業所メールアドレス |  |
| 技能実習生等氏　名 |  | 国　籍 |  |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日　　　　　（　　　　歳） | 性　別 | 男　・　女 |
| 日本語能力試験 |  | 第36回介護福祉士国家試験の受験意向 | 有　・　無 |
| 入国から現在までの日本語学習等の内容、次年度以降も現在在籍している施設等での就労の意思等について具体的に記載してください。※在留資格（技能実習・特定技能）について記載願います |

令和５年度介護職種技能実習生日本語能力向上支援事業

申込書