|  |  |
| --- | --- |
| **送付先** | **FAX：０５４－２７２－８８３１ E-mail：jinzai@shizuoka-wel.jp** |

**外国人介護人材 巡回訪問 申込書**

**記載日：令和　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | |
| 施設種類 |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 所在地 | 〒　　　　　－ | | | |
| 連絡先電話番号 | （　　　　　　　）　　　　　　　　－ | | | |
| FAX番号 | （　　　　　　　）　　　　　　　　－ | | | |
| 担当者名 | 職　　名 |  | 氏　　名 |  |
| ◆訪問希望日時 | 第１希望 | 月　　　　日  **：** | 第２希望 | 月　　　　日  **：** |
| * 主な悩みごとや困りごと | | | | |
| 1. コミュニケーションについて |  | | | |
| 1. 介護技術や読み書き能力について |  | | | |
| 1. 給与・勤務体制について |  | | | |
| 1. 生活環境・習慣について |  | | | |
| 1. その他 |  | | | |