

あて先：公益財団法人東京都福祉保健財団 人材養成部 介護人材養成室

メールアドレス：gaikokuzinkaigozinzai@fukushizaidan.jp

※メールの件名に「相談会申込」とご記入ください。法人単位でお申込みください。

申込締切日：第1回 令和2年11月19日(木曜日)  
第2回 令和2年12月17日(木曜日)

## 令和2年度 外国人介護従事者受入れ相談会 相談シート（参加申込票）

★以下の各事項をご記入ください。

法人名					
申込担当者	氏名				
	電話番号		メールアドレス		
参加希望回 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> )	第1回 12月4日(金) <input type="checkbox"/>	第2回 1月12日(火) <input type="checkbox"/>	3.どちらの回でもよい <input type="checkbox"/>		
参加方法 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> )	オンライン相談 <input type="checkbox"/>	対面(会場)相談 <input type="checkbox"/>	※いずれの参加方法も開催日は同日です。		
参加事業所 ①	事業所名			事業所番号	
	事業所の全 職員数	人	うち介護職員数	人	サービス種別 ※別表から選択
	参加者の役職				
参加事業所 ②	事業所名			事業所番号	
	事業所の全 職員数	人	うち介護職員数	人	サービス種別 ※別表から選択
	参加者の役職				
参加事業所 ③	事業所名			事業所番号	
	事業所の全 職員数	人	うち介護職員数	人	サービス種別 ※別表から選択
	参加者の役職				
参加事業所 ④	事業所名			事業所番号	
	事業所の全 職員数	人	うち介護職員数	人	サービス種別 ※別表から選択
	参加者の役職				

※法人単位でお申込みください。1法人につき4事業所までご参加いただけます。

※法人本部の方が申し込まれる場合は、都内で運営する1事業所についてご記入ください。

※相談シート(参加申込票)に記載された個人情報については、当財団個人情報の保護に関する要綱に基づき適正管理を行い、当該相談会業務管理以外の目的で利用することはありません。

### 具体的な相談内容(効果的な相談とするため、必ずご記入ください。)

※特定の受入制度(EPA、技能実習)による受入れについて聞きたい場合は、制度名称もご記入ください。

## 【サービス種別】

A	通所介護
B	(介護予防) 短期入所生活介護
C	(介護予防) 短期入所療養介護
D	(介護予防) 通所リハビリテーション
E	(介護予防) 特定施設入居者生活介護
F	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
G	看護小規模多機能型居宅介護
H	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
I	(介護予防) 認知症対応型通所介護
J	地域密着型特定施設入居者生活介護
K	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
L	地域密着型通所介護
M	介護福祉施設サービス
N	介護保健施設サービス
O	介護医療院サービス
P	介護療養施設サービス
Q	訪問介護
R	(介護予防) 訪問入浴介護
S	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
T	夜間対応型訪問介護