

外国人技能実習制度セミナー

参加申込書

岩手県中小企業団体中央会
企画振興部 宛
FAX 019-624-1266

平成 年 月 日

組 合 名 _____

ご記入者氏名 _____

電話番号 _____

下記のとおり参加を申し込みます。

所属・役職	氏 名

介護に係る適正化講習会事前質問事項（事前にご質問がある場合）

No.	項目	内容
例	日本語能力	N4に入国した技能実習生がN3に合格しない場合、実習生は帰国せざるを得ないのか。何か救済措置はないのか。
1		
2		