

記入日 20 年 月 日

I 希望クラス・コース ※受講を希望するクラス・コースに○をつけてください。  
 ※参加できないことがわかっている日には、×をつけてください。

| クラス | 受講希望 | コース                   | 日程 (全6回)                      | 定員  | 費用                            |
|-----|------|-----------------------|-------------------------------|-----|-------------------------------|
| 火曜日 |      | きそ 1<br>9:00~12:00    | 11月17日(火)、11月24日(火)、12月1日(火)  | 10名 | 参加費<br>教材費                    |
|     |      | なんでも 1<br>13:00~16:00 | 12月8日(火)、12月15日(火)、12月22日(火)  | 10名 |                               |
| 水曜日 |      | きそ 1<br>9:00~12:00    | 11月11日(水)、11月18日(水)、11月25日(水) | 10名 | 通信添削費<br>無料<br><b>インターネット</b> |
|     |      | なんでも 1<br>13:00~16:00 | 12月2日(水)、12月9日(水)、12月16日(水)   | 10名 |                               |
| 木曜日 |      | きそ 1<br>9:00~12:00    | 11月12日(木)、11月19日(木)、11月26日(木) | 10名 | 通信費<br>自己負担                   |
|     |      | なんでも 1<br>13:00~16:00 | 12月3日(木)、12月10日(木)、12月17日(木)  | 10名 |                               |

II 受講者(この研修に参加する方) ※お名前とフリガナは、受講者が自分で書いてください。

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| お名前  |  |

|                      |   |          |             |
|----------------------|---|----------|-------------|
| 年齢                   | 才   | 今住んでいる地域 | 静岡県 市 郡 区 町 |
| 来日                   | 年 月 来日  | 出身国・地域   |             |
| TEL (Mobile)         |   | Email    |             |
| SNS アカウント<br>✓してください | <input type="checkbox"/> Facebook があります <input type="checkbox"/> Facebook がありませんが、つくることができます<br><input type="checkbox"/> LINE があります <input type="checkbox"/> LINE がありませんが、つくることができます <input type="checkbox"/> Facebook も LINE も できません |          |             |
| 日本語の資格               | なし ・ N5 ・ N4 ・ N3 ・ N2 ・ N1 ・ その他( )  |          |             |
| 介護の資格                | ヘルパー2級 ・ 初任者研修 ・ 実務者研修 ・ 介護福祉士 ・ 看護師 ・ その他( )   |          |             |

※Ⅲは施設の方が書いてください。

III 所属施設(働いている施設) 法人・施設名

|                    |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|
| 所在地                | 〒  |  |  |
| 電話番号               | FAX 番号   |  |  |
| 施設担当者名             | 役職・職務名   |  |  |
| Email              | ※オンライン研修の情報をお送りします<br>使用可能な Email をご記入ください   |  |  |
| オンライン研修の<br>受講環境 ✓ | <input type="checkbox"/> 施設で 施設の Email で受講 <input type="checkbox"/> 施設で 受講者の Email で受講 <input type="checkbox"/> 受講者の自宅で 受講者の Email で受講 |  |  |

※IVのQ1～Q6は、受講者(この研修に参加する方)が、手書きで書いてください。

ひらがなやカタカナ、漢字が難しい方は、ローマ字で書いてもいいです。

IV 介護の仕事や日本語研修について

Q1. ① 今まで、日本で、どのぐらい介護の仕事をしていますか。 ⇒ 年 か月 (例:1年6か月)

② 今の施設で、いつから介護の仕事をしていますか。 ⇒ 年 月から (例:2018年4月から)

Q2. どうして 介護の仕事をしようと思いましたか。

Q3. 今、施設でどのような業務をしていますか。(例:レクリエーション、食事介助、排泄介助、記録 など)

Q4. 今まで、どのように日本語を勉強しましたか。○をつけてください。

静岡県の日 本語研修 ・ 日本語学校や日本語教室 ・ 家族と ・ 一人で ・ その他( )

Q5. どうして この日本語研修に参加しようと思いましたか。

Q6. ここからは、「なんでも1コース」に申し込む方だけ、書いてください。

(1) なんでも1コースで何を勉強したいですか。○をつけてください。

ひらがな ・ カタカナ ・ 漢字 ・ 文法(N5) ・ 文法(N4) ・ 文法(N3) ・ 文法(N2) ・ 文法(N1)

介護の言葉 ・ 介護の本や資料を読む練習 ・ 介護の仕事で使う書類を読む／書く練習

その他(→何を勉強したいですか。 )

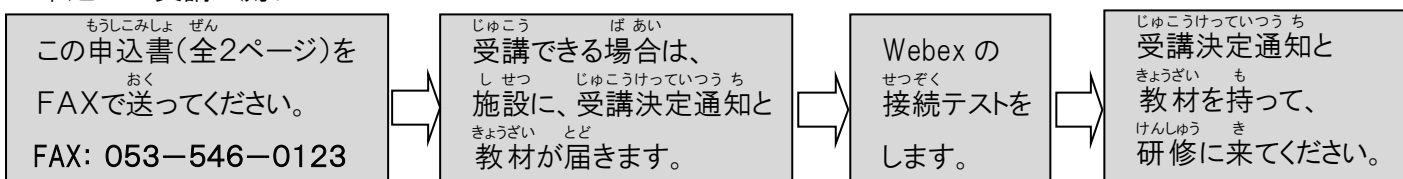
(2) なんでも1コースで勉強するときに使いたい本や資料を持っていますか。✓してください。

本があります(→本の名前は何か。 )

資料があります(→どんな資料ですか。 )

本や資料がありません

<申込み～受講の流れ>



<お問合せ・事務局> 〒430-0946 浜松市中区元城町 218-26

社会福祉法人 聖隷福祉事業団(Seirei せいれい) 人事企画部 担当: 秋山(あきやま)・神津(こうず)

FAX: 053-546-0123 TEL: 053-413-3376 Eメール: hq-nihongo1@sis.seirei.or.jp

|         |        |        |     |
|---------|--------|--------|-----|
| 当事業団記入欄 | 申込み受付日 | 受講決定通知 | 担当者 |
|         |        |        |     |

記入日 20 年 月 日

| I 希望クラス・コース ※受講を希望するクラス・コースに○をつけてください。<br>※参加できないことがわかっている日には、×をつけてください。 |             |                       |                            |        |   |
|--|-------------|-----------------------|----------------------------|--------|---|
| ちく地区   | じゅこうきぼう受講希望 | コース                   | にっけいぜんかい日程 (全6回)           | ていいん定員 | ひよう費用   |
| かようび火曜日  |             | かいごきろく<br>9:00~12:00  | 1月12日(火)、1月19日(火)、1月26日(火) | 10名    | さんかひ参加費<br>きょうざいひ教材費<br>つうしんてんさくひ通信添削費<br>むりょう無料<br><b>インターネット</b><br>つうしんひ通信費<br>じこふたん自己負担 |
|  |             | なんでも 2<br>13:00~16:00 | 2月2日(火)、2月9日(火)、2月16日(火)   | 10名    |   |
| すいようび水曜日   |             | かいごきろく<br>9:00~12:00  | 1月6日(水)、1月20日(水)、1月27日(水)  | 10名    |   |
|  |             | なんでも 2<br>13:00~16:00 | 2月3日(水)、2月10日(水)、2月17日(水)  | 10名    |   |
| もくようび木曜日   |             | かいごきろく<br>9:00~12:00  | 1月7日(木)、1月14日(木)、1月21日(木)  | 10名    |   |
|  |             | なんでも 2<br>13:00~16:00 | 1月28日(木)、2月4日(木)、2月18日(木)  | 10名    |   |

※介護記録コースは、第1回・第6回のみ、できるだけ日本人支援者の方も一緒にご参加ください。

II 受講者(この研修に参加する方) ※お名前とフリガナは、受講者が自分で書いてください。

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| お名前  |  |

|                      |   |                  |                  |
|----------------------|---|------------------|------------------|
| ねんれい年齢               | さい才   | います今住んでいる地域      | し市 ぐん郡 ちゆう町 ぐちう町 |
| らいにち来日               | ねん年 がつ月 らいにち来日  | しゅっしんこく出身国 ちいき地域 |                  |
| TEL (Mobile)         |   | Email            |                  |
| SNS アカウント<br>✓してください | <input type="checkbox"/> Facebook があります <input type="checkbox"/> Facebook がありませんが、つくることができます<br><input type="checkbox"/> LINE があります <input type="checkbox"/> LINE がありませんが、つくることができます <input type="checkbox"/> Facebook も LINE も できません |                  |                  |
| にほんごしかく日本語の資格        | なし ・ N5 ・ N4 ・ N3 ・ N2 ・ N1 ・ その他( )  |                  |                  |
| かいごしかく介護の資格          | ヘルパー2級 ・ 初任者研修 ・ 実務者研修 ・ 介護福祉士 ・ 看護師 ・ その他( )   |                  |                  |

※Ⅲは施設の方が書いてください。

|                         |  |        |
|-------------------------|--|--------|
| しよぞくしせつはたら所属施設(働いている施設) | しせつ施設名   | 法人・施設名 |
| 所在地                     | 〒  |        |
| 電話番号                    | FAX 番号   |        |
| 施設担当者名                  | 役職・職務名   |        |
| Email                   | ※オンライン研修の情報をお送りします<br>使用可能な Email をご記入ください   |        |
| オンライン研修の<br>受講環境 ✓      | <input type="checkbox"/> 施設で 施設の Email で受講 <input type="checkbox"/> 施設で 受講者の Email で受講 <input type="checkbox"/> 受講者の自宅で 受講者の Email で受講 |        |

※IV-1 のQ1～Q6は、介護記録コースの外国人受講者が、手書きで書いてください。p.2は かいごきろくコースのみ

漢字が難しい方は、ひらがなやカタカナで書いてもいいです。Q7～Q8は、日本人支援者の方が書いてください。

IV-1 【介護記録コース用】 介護の仕事や日本語研修について

Q1. ① 今まで、日本で、どのぐらい介護の仕事をしていますか。 ⇒ 年 月 (例:0年8か月)

② 今の施設で、いつから介護の仕事をしていますか。 ⇒ 年 月から (例:2017年4月から)

Q2. どうして介護の仕事をやろうと思いましたか。

Q3. 今、施設でどのような業務をしていますか。(例: シーツ交換、食事介助、口腔ケア、記録、など)

Q4. 今、施設でどのような書類を読んだり、書いたりしていますか。

【読むもの】 \_\_\_\_\_ 【書くもの】 \_\_\_\_\_

Q5. 今まで、どのように日本語を勉強しましたか。○をつけてください。

静岡県日本語研修 ・ 日本語学校や日本語教室 ・ 家族と ・ 一人で ・ その他( )

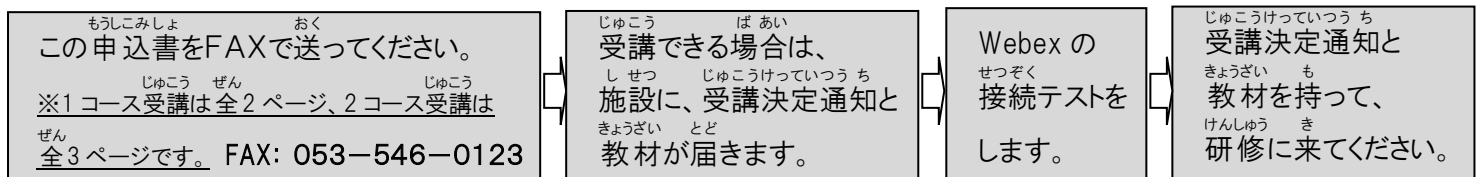
Q6. どうして、この日本語研修に参加しようと思いましたか。

Q7. 日本語の読み書きを伴う以下の業務のうち、貴施設の外国人受講者の方が できている業務に○、これからできるようになってほしい業務に△ をつけてください。

- ① ご利用者のお名前を{ 読む・書く }      ② 職員間のお知らせ・連絡メモを{ 読む・書く }
- ③ 施設内のスケジュール等を{ 読む・書く }      ④ 自分についての書類(出張報告書等)を{ 読む・書く }
- ⑤ ご利用者の情報を{ 読む・書く }      ⑥ ケア記録を{ 読む・書く }
- ⑦ ご利用者のご家族との連絡ノートを{ 読む・書く }      ⑧ インシデント/事故報告書を{ 読む・書く }
- ⑨ その他: \_\_\_\_\_ を{ 読む・書く }      ⑩ その他: \_\_\_\_\_ を{ 読む・書く }

Q8. 日頃、外国人受講者の方の日本語の読み書きの支援をするなかで難しい点・お困りの点や、本研修に対するご要望等がありましたら、ご記入ください。

<申込み～受講の流れ>



<お問合せ・事務局> 〒430-0946 浜松市中区元城町 218-26  
 社会福祉法人 聖隷福祉事業団(Seirei せいれい) 人事企画部 担当: 秋山(あきやま)・神津(こうず)  
 FAX: 053-546-0123 TEL: 053-413-3376 Eメール: hq-nihongo1@sis.seirei.or.jp

|         |        |        |     |
|---------|--------|--------|-----|
| 当事業団記入欄 | 申込み受付日 | 受講決定通知 | 担当者 |
|         |        |        |     |

※IV-2のQ1～Q6は、後期のなんでも2コース受講者が、手書きで書いてください。

漢字が難しい方は、ひらがなやカタカナで書いてもいいです。

p.3は なんでも2コースのみ

IV-2 【なんでも2コース用】 介護の仕事や日本語研修について

Q1. ① 今まで、日本で、どのくらい介護の仕事をしていますか。⇒ 年 月 (例:1年6か月)  
 ② 今の施設で、いつから介護の仕事をしていますか。⇒ 年 月から (例:2018年4月から)

Q2. どうして 介護の仕事をしたと思いましたか。

Q3. 今、施設でどのような業務をしていますか。(例: レクリエーション、食事介助、排泄介助、記録 など)

Q4. 今まで、どのように日本語を勉強しましたか。○をつけてください。

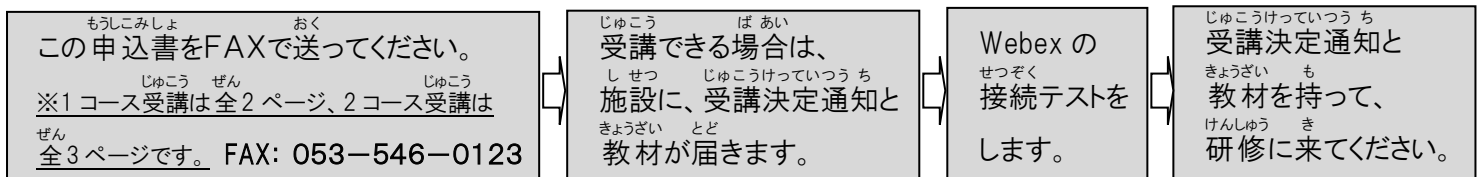
静岡県の日本語研修 ・ 日本語学校や日本語教室 ・ 家族と ・ 一人で ・ その他( )

Q5. どうして この日本語研修に参加しようと思いましたか。

Q6.  
 (1)なんでも2コースで何を勉強したいですか。○をつけてください。  
 ひらがな・カタカナ・漢字・文法(N5)・文法(N4)・文法(N3)・文法(N2)・文法(N1)  
 介護の言葉・介護の本や資料を読む練習・介護の仕事で使う書類を読む／書く練習  
 その他(→何を勉強したいですか。 )

(2)なんでも2コースで勉強するときに使いたい本や資料を持っていますか。✓してください。  
 本があります(→本の名前は何ですか。 )  
 資料があります(→どんな資料ですか。 )  
 本や資料がありません

<申込み～受講の流れ>



<お問合せ・事務局> 〒430-0946 浜松市中区元城町 218-26  
 社会福祉法人 聖隷福祉事業団(Seireiせいれい) 人事企画部 担当: 秋山(あきやま)・神津(こうず)  
 FAX: 053-546-0123 TEL: 053-413-3376 Eメール: hq-nihongo1@sis.seirei.or.jp

|         |        |        |     |
|---------|--------|--------|-----|
| 当事業団記入欄 | 申込み受付日 | 受講決定通知 | 担当者 |
|         |        |        |     |