**【意向確認】**

１．下記のいずれのコースで受入れるか、□にチェックして下さい。※複数回答可

**□技能実習****〔育成就労(仮)〕高度人材育成コース(ベトナム)　　※病院のみ。**

**□技能実習〔育成就労(仮)〕高度人材育成コース(ミャンマー)　※病院のみ。**

**□技能実習 一般コース　　　　　　　　　　 　　　　　　　※病院・施設も可。**

**□特定技能コース　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　※病院・施設も可。**

　※基本、高度人材育成コースを主眼

　尚、この意向確認（求人票を含む）を基に介護技能実習生・特定技能外国人の受入病院等を選定させていただきたいと存じます。受入病院等の選定種別に関しては、運営の効率性等を勘案して当事業内で調整の上、改めてご連絡させていただきます。

何卒ご容赦下さいますよう、お願い申し上げます。

２．実務者研修や介護福祉士に対する資格手当(ある場合)

実務者研修手当　月額　　　　　　　円

介護福祉士手当　月額　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名（会員名） | | | 法人本部所在都道府県 |
|  | | |  |
| 連絡担当者名（役職） | | | 電話番号（mail） |
|  | | | TEL： |
| （ |  | ） | mail： |
| 配属先事業所名 | | | 電話番号 |
|  | | | TEL： |
| ※法人本部同様の場合未記入可 | | | ※法人本部同様の場合未記入可 |