JMC国際研修センター講習依頼票

TEL:04-3497-6700　FAX:04-3497-6701

監理団体名		入国日		配属日	□ 未定
担当者名		電話番号			
企業名(介護の場合、施設名までお願いします)		職種			
配属後寮住所	□ 入国まで住所未定			※～市までで結構です。政令指定都市～区・～郡までお願いします。	
健康診断	□ 不要	■ 要(10,000円税抜　雇入時健康診断)	■ 血液型検査オプション1,000円税抜		
		□ インフルエンザ予防接種オプション5,000税込			
入国後市役所手続き	■ 住居地届出(一時滞在)				
	入管法による住居地届出手続きを行います。入国後2週間以内に、入管へ寮の住所を一時滞在地として報告します。国民健康、年金加入は無し、住民登録は配属後新規で登録となります。配属時に、配属先役所向けの文書をお渡しします				
郵貯口座開設	■ 不要	□ 要(※料金別途3,000円/一人、税抜)			
講習時間	■ 176時間　22日間	□ 160時間　20日間			
印鑑作成	■ 作成不要　□ 実習生が持っていなかったら作成する。				
	□ 本人負担　□ 監理団体負担　※作成の場合は支払者を左記から選んでください。				
採寸	□ 不要　■ 要				
その他要望					
出迎	□ 不要	■ 要(技能生に出口から動かず、待機指示)	その他:		
出迎先	成田空港T1	便名		到着時刻	

1	フリガナ		生年月日(2000/1/1)	国籍	性別
	ローマ字				
	漢　字				
2	フリガナ		生年月日	国籍	性別
	ローマ字				
	漢　字				
3	フリガナ		生年月日	国籍	性別
	ローマ字				
	漢　字				
4	フリガナ		生年月日	国籍	性別
	ローマ字				
	漢　字				
5	フリガナ		生年月日	国籍	性別
	ローマ字				
	漢　字				

①入国日、企業様ごとに記入をお願いします。
②ご依頼の内容をすべてご記入をお願いします。
③5名以上いらっしゃる場合は、2枚目のシートにご記入下さい。
④選択された項目が■になります。

監理団体名	0	入国日	1/0	配属日		2枚目

			生年月日	国籍	性別
6	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
7	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
8	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
9	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
10	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
11	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
12	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
13	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
14	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				
15	フリガナ				
	ローマ字				
	漢　　字				