

令和7年4月吉日

障害者福祉施設・高齢者介護施設
管理者・採用担当の皆様

株式会社アイリレーヒューマンサービス
代表取締役 村上 義孝

外国人介護人材活用セミナーの開催について（お知らせ）

拝啓 貴社ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、表題の通りセミナーを開催することといたしましたのでご案内申し上げます。
何卒ご理解いただきますようお願い申し上げます。

敬具

●開催日時 【埼玉会場】 令和7年4月10日(木) 14:00～15:50 (締切:4月8日(火))
川越市後援 ウェスタ川越 会議室1(2F) (埼玉県川越市新宿町1-17-17)

【千葉会場】 令和7年4月17日(木) 14:00～15:50 (締切:4月15日(火))
柏市後援 東葛テクノプラザ 第1研修室(3F) (千葉県柏市柏の葉5-4-6)

【東京会場】 令和7年4月24日(木) 14:00～15:50 (締切:4月22日(火))
ティアラこうとう(江東公会堂)中会議室(B1F) (東京都足立区千住5-13-5)

●内 容 第一部 外国人介護人材の受入れ・教育方法について
第二部 日本の介護現場で働いているインドネシア人実習生との対談
講師: 社会福祉法人桐孝会 理事長 村上義孝 氏

●参加費 無料 (会場指定の駐車料金につきましては駐車券をお配りします)

●連絡先 〒102-0081東京都千代田区四番町 2-1 クレール東郷坂 107

株式会社アイリレーヒューマンサービス

担当: 飯岡・大場・小島 TEL: 03-6256-9480 FAX: 03-6256-9481

Mail: t-iioka@i-relay.jp

各会場の締切までに下記出欠票に記載しFAX・メール、または別紙QRコードにてご返送下さい。

----- < 返信 > -----

【外国人介護人材セミナー 出欠票】

出席【 】 ・ 欠席【 資料送付を希望する ・ 希望しない 】

参加方法【 _____会場参加・オンライン参加 (mail: _____) 】

事業所名【 _____ 】

参加人数【 _____名】 参加者名 (送付担当者名) 【 _____ 】

ご連絡先【 _____ - _____ - _____ 】

[返信先] 株式会社アイリレーヒューマンサービス 事務局 FAX: 03-6256-9481