**特定技能外国人マッチングにかかる**

**伴走支援応募申込書**

申込日：令和7年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **法人種別** | 　 |
| **ふりがな** |  |
| **法人名称** |  |
| **ふりがな** |  |
| **法人住所** | 〒 |
| **ふりがな** |  |
| **対象施設名称** |  |
| **ふりがな** |  |
| **対象施設住所** | 〒 |
| **施設の介護職員数（常勤）** | 　　　　　　　　　名 | **施設の介護職員数（非常勤）** | 　　　　　　　　　　　名 |
| **申込****責任者** | **ふりがな** |  | **役職** |  |
| **氏名** |  |
| **住所****（団体所在地）** | 〒 |
| **連絡先** | （電話）　　　　　　　　　　　　　　　（FAX）（E-mail） |

※**定款、指定通知書の写しを必ず提出してください**

※必要に応じて、電話等による内容の確認や資料の追加送付等をお願いする場合があります。

**次ページもご記入ください**

|  |
| --- |
| **外国人介護人材の受入れに関すること** |
| 受入れ希望国 | □ベトナム□ミャンマー□インドネシア | 受入れを希望する時期 | 　　令和　年　　月頃 |
| **（１）外国人介護人材の受入れに関して、施設内で課題を感じていることをご記入ください。** |
| **（２）外国人介護人材の受入れにあたり、今まで躊躇していた理由をご記入ください。** |
| * 誓約事項

・外国人介護人材の受入れが初めてです。・本応募申込書に記載の内容については、事実と相違ありません。* 同意事項

・令和８年２月末までに外国人介護人材のマッチングを行うこと。（※１）・マッチングした人材に対して責任を持って雇用を行うこと。・受入れのモデル事例として、マッチング後も大阪府に情報提供などの協力などを行うこと。（施設名）　　　　　　　　　　　　　　　（施設長名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：令和７年　　月　　日 |

（※１）ここでいう「マッチング」とは、面接の実施と採用内定までをさします。（受入れ時期と一致しなくても構いません。）

お申込みは下記の**メール又はFAXにてお問い合わせください**。
（宛先：takano@mko-group.com) （FAX番号：06-6776-4660）