

# 帰国確認報告書

## 【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## 【受け入れていた看護師候補者／介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男	女	男
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労(就学)開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出国年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出国の確認状況			

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者が帰国いたしましたので報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称  
 受入れ機関住所  
 代表者職氏名  
 連絡先電話番号  
 担当者職氏名

(受付番号 \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目