

平成 30 年度介護職種の技能実習指導員講習 申込書

ふりがな		男 ・ 女	昭和・平成	
氏名			年	月
会員・非会員 ※いずれかに○を つけてください。	1. 会員 () ⇒会員番号をご記入ください。 2. 非会員			
自宅住所 〒	TEL		E-MAIL	
勤務先名称 (監理団体の方は監 理団体名称を記入)	サービス種別 (監理団体の方は 監理団体と記入)	1. 介護サービス事業者 2. 教育機関 3. その他 ()		
勤務先住所 〒	TEL		FAX	
受講要件 (いずれかの□にレ 点チェック)	<input type="checkbox"/> 技能実習指導員 <input type="checkbox"/> 実習生を受け入れる施設・事業所関係者(技能実習指導員を除く) <input type="checkbox"/> 監理団体関係者 <input type="checkbox"/> その他 <hr/> 告示により示されている対象者 1 技能実習生の介護職種の技能実習を行わせている者又は、行わせようとしている者により、技能実習指導員に選任されている者(選任予定の者も含む) 2 その他、講習会の受講により、一定の水準の知識を習得し、理解を深めることを目的とする者			
資格及び経験 年数 (いずれかの数字に ○をして経験年数を 記載)	1 介護福祉士 経験年数 () 年程度 2 看護師 経験年数 () 年程度 3 准看護師 経験年数 () 年程度 4 介護福祉士以外の介護職 経験年数 () 年程度 5 その他			
受講希望日 (いずれかに○)	第1回：10月20日(土) ・ 第2回：1月12日(土) ※申込締切：10月12日(金) / 平成31年1月4日(金) 必着			

〒980-0011 宮城県仙台市青葉区上杉 1-7-1 山物産ビル 202

宮城県介護福祉士会 事務局(担当：森山)

TEL 022-398-5767 FAX 022-399-6570

Email: jimukyoku01@m-kaishikai.or.jp