

(別紙)

FAX 076-422-0440

平成 30 年度 介護職種の技能実習指導員講習会 申込書

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日生
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: 16) ※日本介護福祉士の会員ののみ 2. 非会員 (一般)		
自宅住所 〒	自宅 TEL		
	携帯番号		
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)	(例) 特養、通所介護、など
勤務先住所 〒	勤務先 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		
	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 ()		

一般社団法人 富山県介護福祉士会

〒939-8084 富山市西中野町 1-1-18 オフィス西中野ビル 1F

TEL 076-422-2442 FAX 076-422-0440

申込締切 平成 30 年 9 月 27 日 (木) 必着