

FAX 054-253-0829

※送信後到着の確認電話をお願いします。(TEL054-253-0818)

平成 30 年度技能実習指導員講習会 申込書

ふりがな		男・女	和暦/昭和・平成	年
氏名			月	日生
会員・非会員 ※いずれかに○をつけてください。	1. 会員 ( ) ⇒会員番号をご記入ください。 2. 非会員			
受講決定通知書の郵送先 自宅 ( ) 勤務先 ( )				
自宅住所 〒 ( )		TEL		
		FAX		
		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)			
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 ( )			
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 ( ) ( ) 年程度			

申込締切 12月14日 (必着)