

(別紙)

平成 30 年度 技能実習指導員講習 申込書

ふりがな		男 ・ 女	和暦	年
氏名			月	日生
※右記のいずれかに○をつけてください	1. 会員 (会員番号 :) 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)				
勤務先住所 〒			TEL	
			FAX	
受講要件 (いずれかの口にレ点チェック)	<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○)	() 平成 30 年 11 月 25 日 (日) ※申込締切 平成 30 年 10 月 26 日 (金) () 平成 31 年 1 月 13 日 (日) ※申込締切 平成 30 年 12 月 14 日 (金)			

FAXにてお申込みください 052-202-8280

愛知県介護福祉士会 事務局 〒460-0001 愛知県名古屋市中区三の丸 1-7-2 桜華会館南館
TEL 052-202-8260 FAX 052-202-8280