

(別紙)

FAX 番号 : 075-801-8083

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	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 (2 6 0) ⇒会員番号をご記入ください。 2. 非会員			
自宅 住所	〒	TEL (携帯可)		
		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			
備考				

一般社団法人京都府介護福祉士会 事務局 (担当 : 小林)

〒602-8143 京都市上京区猪熊通丸太町下る仲之町 519 京都社会福祉会館 2 階

TEL : 075-801-8060 FAX : 075-801-8083

申込締切 平成 31 年 1 月 9 日 (水) (必着)