

(別紙)

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 | 和暦 | 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 | | | |
| 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 (選任予定のものも含む) 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 | | | |

公益社団法人 日本介護福祉士会長崎県支部

一般社団法人 長崎県介護福祉士会

〒852-8104 長崎市茂里町 3-24

長崎県総合福祉センター 4 階

TEL 095-842-1237 FAX 095-842-1310

申込締切 平成 30 年 11 月 9 日 (必着)