

(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 月 年 日生 |
| 氏名 | | | |
| 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 |
| 受講決定通知 送付先 | ・ 自宅 ・ 勤務先 | | |
| 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 | | |

申込締切 30年8月末日(必着)

熊本県介護福祉士会 事務局(担当:上妻 衛藤 中村)

〒862-0950 熊本県熊本市中央区水前寺6丁目41-5

千代田レジデンス県庁東504 TEL 096-384-7125 FAX 096-297-8115