

(別紙)

平成30年度 介護職種の技能実習指導員講習会 受講申込書

ふりがな		男性・女性	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 ※介護福祉士登録番号と介護福祉士会会員番号は異なります。			
自宅住所 〒	TEL		※必ず記載をお願いします。	
	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			

※受講申込書に記載された個人情報、本講習会以外には使用いたしません。

沖縄県介護福祉士会 事務局（担当：福井）
〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-373-1
沖縄県総合福祉センター内(西棟 4F)
TEL 098-887-3344 FAX 098-887-3391
申込締切 平成30年11月26日（月）必着