

平成 29 年度技能実習指導員講習会 申込書

ふりがな		男・女	昭和・平成	年
氏名			月	日生
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)	北海道介護福祉士会会員は会員番号を記載して下さい。 ()			
勤務先住所 〒	TEL			
		FAX		
受講要件 (いずれかの口にし点チェック)	<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 <hr/> 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			
受講希望会場 (いずれかに○)	旭川 ・ 札幌 ・ 釧路			

一般社団法人 北海道介護福祉士会

電話・ファックス 011-222-5200

- 締め切り日 ①平成29年11月20日(月) (11月26日実施の旭川会場分)
 ②平成29年11月27日(月) (12月10日実施の札幌会場分)
 ③平成30年 1月 8日(月) (1月21日実施の釧路会場分)