

(別紙)

平成 29 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 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 () ⇒介護福祉士の 会員番号をご記入ください。 2. 非会員		
自宅住所 〒 -	TEL (携帯等)		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 記載してください)	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		
受講決定 通知書送付先 (どちらかに○をし てください)	自宅住所 ・ 勤務先住所		

新潟県介護福祉士会 事務局 (担当: 真保)

〒950-0994 新潟県新潟市中央区上所 2-2-2 TEL 025-281-5531 FAX 025-281-7710

申込締切 平成 30 年 1 月 13 日 (必着)