

(別紙)

## 平成 29 年度 介護職種の技能実習指導員講習会 申込書

ふりがな		男 ・ 女	和暦	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)				
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			
	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			
受講希望日 (いずれかに○)	平成 29 年 11 月 23 日 (木・祝) ・ 平成 30 年 1 月 21 日 (日)			

**FAXにてお申込みください 052-202-8280**

愛知県介護福祉士会 事務局

〒460-0001 愛知県名古屋市中区三の丸 1-7-2 桜華会館南館

TEL 052-202-8260 FAX 052-202-8280

申込締切 第1回：平成 29 年 11 月 5 日 (日) 第2回平成 29 年 12 月 28 日 (木)