

(別紙)

FAX番号：078-242-7033 (切：12月12日(火))

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 () ⇒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
受講要件 (いずれかの□にシ点チェック)	<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		

兵庫県介護福祉士会 事務局(担当：松下)

〒651-0062 神戸市中央区坂口通2-1-1

TEL：078-242-7011 FAX:078-242-7033

