

(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	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		
連絡先(決定通知等送付先)	1 自宅 2 勤務先			
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)	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()			

鳥取県介護福祉士会 事務局(担当:米本)

〒689-0201 鳥取市伏野 1729-5 鳥取県立福祉人材研修センター内

TEL 0857-59-6336 FAX 0857-59-6341

申込締切 平成29年12月22日(必着)