

(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 | 昭和・平成 | 年 |
| 氏名 | | | 月 | 日生 |
| 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□にレ 点チェック) | <input type="checkbox"/> 技能実習指導員に選任されている者(予定者も含む) <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(選任予定のものも含む) | | | | |
| 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 | | | |

※申込締切 11月24日(金) 必着

山口県介護福祉士会 事務局
〒754-0893 山口市秋穂二島 1062
TEL 083-987-0122 FAX 083-987-0124