

(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		
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 <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			

徳島県介護福祉士会 事務局 (担当: 河野)

〒779-3105 徳島県徳島市国府町東高輪字天満 369-1

TEL 088-642-9667 FAX 088-642-9966

申込締切 平成30年1月12日 (金) (必着)