(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 月　　日生
氏名			
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	
受講決定通知送付先	・自　宅　　・勤務先 （※必ずどちらかに〇をつけてください。）		
受講要件 （いずれかの□にレ点チェック）	□　技能実習指導員 □　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） □　監理団体関係者 □　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 （いずれかの数字に〇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		

福岡県介護福祉士会　事務局（担当：甲斐）
〒812-0012　福岡市博多区博多駅中央街 7-1-5F
TEL 092-474-7015　　FAX 092-436-5234
E-mail kaigokai@elf.coara.or.jp

申込締切　２９年１１月１５日（必着）