

(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
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 <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			

一般社団法人佐賀県介護福祉士会 事務局
〒846-0002 佐賀県多久市北多久町小侍 869
TEL 0952-75-3292 FAX 0952-75-329
申込締切日 平成 29 年 12 月 4 日 (月) 必着