

(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<br>※いずれかに○を<br>つけてください。                | 1. 会員 ( ) ⇒会員番号をご記入ください。<br>2. 非会員  |       |    |    |
| 自宅住所<br>〒                                     | TEL   |       |    |    |
|   | E-MAIL  |       |    |    |
| 勤務先名称<br>(監理団体の方は監<br>理団体名称を記入)               | サービス種別<br>(監理団体の方は<br>監理団体と記入)  |       |    |    |
| 勤務先住所<br>〒                                    | TEL   |       |    |    |
|   | FAX   |       |    |    |
| 受講要件<br>(いずれかの□にレ<br>点チェック)                   | <input type="checkbox"/> 技能実習指導員<br><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)<br><input type="checkbox"/> 監理団体関係者<br><input type="checkbox"/> その他 |       |    |    |
|   | 告示により示されている対象者<br>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)<br>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<br>年数<br>(いずれかの数字に<br>○をして経験年数を<br>記載) | 1 介護福祉士 経験年数 ( ) 年程度<br>2 看護師 経験年数 ( ) 年程度<br>3 准看護師 経験年数 ( ) 年程度<br>4 介護福祉士以外の介護職 経験年数 ( ) 年程度<br>5 その他  |       |    |    |

公益社団法人 日本介護福祉士会 長崎県支部

一般社団法人 長崎県介護福祉士会

〒852-8104 長崎市茂里町 3-24

長崎県総合福祉センター県棟 4 階

TEL 095-842-1237 FAX 095-842-1310

申込締切 平成 29 年 12 月 1 日 (必着)