

(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			
受講通知ハガキ希望送付先 (いずれかに○)	ご自宅 ・ 勤務先 (○が無い場合ご自宅に送付致します)			

(一社)大分県介護福祉士会 事務局
〒870-0921 大分市萩原 4-8-58 大分県整骨会館 3F
TEL 097-551-6555 ・ FAX 097-547-9936
申込締切 平成 29 年 11 月 25 日(土) (必着)