

令和3年度 介護職種の技能実習指導員講習

申込書

1月17日実施分(12/7 締切)

※「受講履歴」欄は、既に本講習を受講したことがある方は更新に○をしてください

ふりがな		※ 受講履歴	生年月日
氏名	(証明書に印字されるため、漢字など正確に記入してください)	新規 更新	(西暦) _____年____月____日
会員・非会員	(いずれかに○をつけ、会員の方は会員番号をご記載ください) 1. 会員 (会員番号: _____) 2. 非会員		
自宅住所 〒			TEL
			MAIL
勤務先名称			
勤務先住所 〒			TEL
			FAX
受講要件	(いずれか主たるもの一つに○をつけてください) 1. 技能実習指導員 2. 技能実習指導員になる予定の者 3. 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) 4. 監理団体関係者 5. 受講により一定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	(いずれか主たるもの一つに○をつけ、経験年数をご記載ください) 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 (_____) 経験年数 (_____) 年程度		

【 問い合わせ先 】

〒020-0831 盛岡市三本柳 8-1-3

岩手県社会福祉協議会 福祉人材研修部 内

一般社団法人岩手県介護福祉士会 事務局 高橋

Tel : 019-637-4527 / Fax : 019-637-9612

Mail : k-takahashi@iwate-shakyo.or.jp