

FAX送付先 **043-248-1515 千葉県介護福祉士会事務局 行**  
 ※鏡文は不要です。

令和3年度 介護職種の技能実習指導員講習申込書

申込締切 令和3年11月20日 (必着)

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		

※「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

【問い合わせ先】 一般社団法人千葉県介護福祉士会 事務局 (担当: 高橋)  
 〒260-0026 千葉市中央区千葉港4-3 千葉県社会福祉センター3階  
 TEL: 043-248-1451 FAX: 043-248-1515  
 E-mail: kai5niji@poem.ocn.ne.jp