

Fax : 0 7 7 6 - 6 3 - 5 8 6 9

締め切り 11月16日(火) 必着

令和3年度 介護職種の技能実習指導員講習 申込書

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正確に記入ください	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記入ください) 1 会員 (会員番号: 18) 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ください)		
勤務先住所 〒	TEL		
	E-MAIL		
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、経験年数を記入ください) 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

【お問い合わせ先】

福井県介護福祉士会 事務局 担当: 松ヶ平(まつかひら)
〒918-8238 福井市和田2丁目2115 コーシンI 103号
TEL 0776-63-5868 FAX 0776-63-5869

※すべての欄に記入ください。