

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、漢字など正確に記入してください	1. 新規 2. 更新	西暦 年 月 日生
※右記のいずれかに○をつけて下さい		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 (右記のいずれか主たるものの番号に○をつけて下さい)	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 (右記のいずれかの番号に○をして経験年数を記載して下さい)	(いずれか主たるもの一つに○をつけてください) 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		
受講希望日 (右記のいずれかに○をつけて下さい)	() 令和3年11月19日(金) ※申込締切 令和3年10月8日(金) () 令和3年12月19日(日) ※申込締切 令和3年11月5日(金) () 令和4年1月9日(日) ※申込締切 令和3年12月3日(金)		

※「受講履歴」欄は、すで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。

FAXにてお申込みください FAX番号 052-202-8280

愛知県介護福祉士会 事務局
〒460-0001 愛知県名古屋市中区三の丸1-7-2 桜華会館南館
TEL 052-202-8260 FAX 052-202-8280