

令和3年度 介護職種の技能実習指導員講習  
**申 込 書**  
 令和4年1月6日実施（定員40名に達し次第〆切）

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)	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 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 滋賀県介護福祉士会 事務局  
 〒525-0072 滋賀県草津市笠山7丁目8番138号  
 滋賀県立長寿社会福祉センター内  
 TEL : 077-569-5133 fax : 077-569-5173  
 e-mail : [shigakaigo@shiga-jaccw.jp](mailto:shigakaigo@shiga-jaccw.jp)