

公益社団法人 福岡県介護福祉士会 御中

令和3年度介護職種の技能実習指導員講習

11月25日実施分 『講習申込書』

(11/6締切)

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	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		
E-MAIL (受講決定通知書はメールでお送りしますので、間違いのないようにご記入ください)			
勤務先名称	(監理団体の方は監理団体名称を記載ください)		
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

お問い合わせ先

公益社団法人福岡県介護福祉士会

TEL : 092-474-7015 FAX : 092-436-5234