

令和4年度 介護職種の技能実習指導員講習

申 込 書 11月19日実施分(9/20締切)

フリガナ		※ 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
	MAIL		
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
	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. 介護福祉士以外の介護職 経験年数 (_____) 年程度 3. その他 (_____) 経験年数 (_____) 年程度		

※本講習での受講履歴とは、「介護職種の技能実習指導員講習」の受講になります。

その他の技能実習指導員講習を受講されている方は、新規に○をしてください。

※受講決定の際は、受講決定通知をご自宅へお送りいたします。

問い合わせ先
一般社団法人熊本県介護福祉士会
TEL : 096-384-7125 FAX : 096-297-8115