

8月30日実施分『講習申込書』申込書 (8/10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	
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. 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。

問い合わせ先
香川県介護福祉士会
〒762-0083 香川県丸亀市飯山町下法軍寺 581-1
Tel : 0877-85-9560 Fax : 0877-85-9570
Mail : kagawa-kaigo@shirt.ocn.ne.jp