

令和4年度 介護職種の技能実習指導員講習 申込書

令和5年1月22日（日）実施分 12/23（金）申込締切

フリガナ		※受講履歴	生年月日
氏名		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	
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に1つ○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1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		

※「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 佐賀県介護福祉士会 事務局
〒846-0002 佐賀県多久市北多久町大字小侍869番地
TEL：0952-75-3292
FAX：0952-75-3293
E-mail：sagakaigofukusi@yahoo.co.jp