埼玉県介護福祉士会　御中

令和４年度 介護職種の技能実習指導員講習

# 申 込 書

□1 回目　10 月 1 日開催（9／9締切）　　□2 回目　11 月 27 日開催（11/４締切）

（□いずれかにチェック）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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<br>更新 | （西暦）　　年　　月　　日 |
| 会員・非会員 | （いずれかに〇をつけ、会員の方は会員番号をご記載ください）<br>１．会　員　（会員番号：　　）<br>２．非会員 | | |
| 自宅住所<br>〒 | | TEL<br>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<br>〒 | | TEL<br>FAX | |
| 受講要件 | （いずれか主たるもの一つに〇をつけてください）<br>１．技能実習指導員<br>２．技能実習指導員になる予定の者<br>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）<br>４．監理団体関係者<br>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〇をつけ、経験年数をご記載ください）<br>１．介護福祉士　　経験年数（　　）年程度<br>２．介護福祉士以外の介護職　　経験年数（　　）年程度<br>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、**新規に〇**をしてください。

問い合わせ先　　一般社団法人　埼玉県介護福祉士会　事務局（担当：西尾・渡辺）
〒330-0056　埼玉県さいたま市浦和区東仲町４番 16 号　ベルゾーネ K・M
℡：048－658－8869　　携帯：080-1023-6110（研修①直通）
FAX：048－611－7830　　Email：info@saitama-kaigo.org