

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8日実施分 (11/30 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○をつけてください	(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. 介護福祉士会会員 (会員番号:) 2. 非 会 員		
自宅住所 〒	TEL		
	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

一般社団法人 島根県介護福祉士会 事務局
〒690-0044 島根県松江市浜乃木1丁目22-26-1
(FAX 0852-33-7295 TEL 0852-33-7294)