令和５年度 介護職種の技能実習指導員講習

申 込 書

※記入欄は全て必須となりますので、原則、空欄の無いようにお願いします。

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、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	〒		
MAIL(個人)		携帯/自宅	

↑ アドレス、電話番号は、講習連絡並びに受講証明書再発行時等の連絡にも必要となりますので、お間違えの無いよう記入してください

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	
所属での役職	（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．管理者　経験年数（　　）年程度 ２．リーダー的役割　経験年数（　　）年程度 ３．現場の介護職員　経験年数（　　）年程度 ４．その他　経験年数（　　）年程度	
外国人介護人材の受入れ	（いずれか主たるもの一つに○をつけ、有の場合は経過年数をご記載ください） １．所属で受入れ 有　受入れ開始後（　　）年経過 ２．所属で受入れ 無	
外国人介護人材の指導経験	（いずれか主たるもの一つに○をつけ、有の場合は経験年数をご記載ください） １．外国人介護人材の指導経験 有　指導経験（　　）年 ２．外国人介護人材の指導経験 無	

「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、新規となります。

※ 取得する個人情報は、本講習及び補助事業に関連したご案内・ご連絡、及び当会からの情報提供のために利用します。
当会では本講習申込から取得する個人情報を第三者に提供することはありません。

問い合わせ先
長崎県介護福祉士会
TEL：095－842－1237　　FAX：095－842－1310
MAIL：nagasakikaigofukusi@lagoon.ocn.ne.jp

申込締切　令和５年 11 月 1 日（必着）