

令和5年度介護職種の技能実習指導員講習 申込書

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、正確にご記入ください	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：16) 2. 非会員		
自宅住所	〒	TEL (できれば携帯番号)	
E-MAIL (個人のアドレスを必ずご記入ください)			
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		
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		

※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。

※取得する個人情報は、本事業に関するご案内・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。

申込締切 令和5年11月30日(木) 必着