令和５年度 介護職種の技能実習指導員講習　　申 込 書

※希望の日程どちらかに〇をつけてください。

（　　）令和５年 10 月 28 日（土）　　(受付期間 9/1～9/29 締切)

（　　）令和６年　1 月 21 日（日）　　(受付期間 11/1～12/15 締切)

※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。

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	（いずれかに〇をつけ、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（必須）　〒		TEL（必須）	
		MAIL（必須）	
※住所、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〇をつけてください） 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〇をつけ、経験年数をご記載ください） １．介護福祉士　２．介護福祉士以外の介護職　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〇をつけ、経験年数をご記載ください） １．管理者　２．リーダー的役割　３.現場の介護職員　４．その他 経験年数（　　）年程度		
外国人介護人材の受け入れ	（いずれか主たるもの一つに〇をつけ、有の場合は経過年数をご記載ください） １．所属先で受け入れ　有　　受入れ開始後（　　）年経過 ２．所属先で受け入れ　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〇をつけ、有の場合は経過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		

※ 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。

ＦＡＸにてお申込みください。ＦＡＸ番号：０５２－２０２－８２８０

問い合わせ先：愛知県介護福祉士会　TEL：052-202-8260