

令和5年度 介護職種の技能実習指導員講習 申込書

令和6年1月21日（日）実施分 ※令和5年12月29日（金）申込〆切

フリガナ		※受講履歴	生年月日
氏名		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	〒 -		TEL (携帯・自宅) - -
	E-MAIL (個人)		

↑ 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、お間違えのないよう記入してください

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に1つ○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1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1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1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		

※記入欄は全て必須となりますので、原則、空欄のないようお願いします。

※「受講履歴」欄は、既に「介護職種の技能実習指導員講習」を受講したことがある方は更新に○をしてください。

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】一般社団法人 佐賀県介護福祉士会 事務局

〒846-0002 佐賀県多久市大字小侍 869 番地

TEL : 0952-75-3292 FAX : 0952-75-3293

E-mail : sagakaigofukusi@gmail.com