

Fax : 0 7 7 6 - 6 3 - 5 8 6 9

令和5年度 介護職種の技能実習指導員講習 申込書 (11/15 締切)

※「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、それ以外の方はすべて新規に○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、介護福祉士会会員の方は会員番号を記入してください) 1 会員 (会員番号：18) 2 非会員		
自宅住所 〒			TEL
勤務先名称	(監理団体の方は監理団体名称を記入ください)		
勤務先住所 〒			TEL
メールアドレス	自宅または勤務先のいずれかを記入ください @		
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、経験年数を記入してください) 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、経験年数を記入してください) 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記入してください) 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記入してください) 1 指導経験 有 経験年数 () 年程度 2 指導経験 無		

※取得する個人情報、本事業に関するご案内・ご連絡、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。

(一社) 福井県介護福祉士会

※すべての欄に記入ください。