

FAX 054-253-0829

※送信後到着の確認電話をお願いします。(TEL054-253-0818)

令和2年度介護職種の技能実習指導員講習会

10月24日実施分「講習申込書」 (9/30締切)

| | | | |
|---|--|--------|-----------|
| ふりがな | | | |
| 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 | 男・女 | 西暦 年 月 日生 |
| 会員・非会員 ※いずれかに ○をつけてく ださい。 | 1. 会員 () ⇒会員番号をご記入ください。 2. 非会員 | | |
| 自宅住所 必ずご記入ください 〒 (—) | | TEL | |
| | | FAX | |
| | | E-MAIL | |
| 勤務先名称 (監理団体の方は 監理団体名称を記 入) | (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 | |
| 決定通知書の送付先 自宅 () 勤務先 () | | | |
| 受講要件 ※いずれかに ○をつけて下 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 (いずれかの数 字に○をして経 験年数を記載) | 1. 介護福祉士 経験年数 () 年程度 2. 看護師 経験年数 () 年程度 3. 准看護師 経験年数 () 年程度 4. 介護福祉士以外の介護職 経験年数 () 年程度 5. その他 () 経験年数 () 年程度 | | |