

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<br>※いずれかに<br>○をつけてく<br>ださい。            | 1. 会員 ( ) ⇒会員番号をご記入ください。<br>2. 非会員   |        |           |
| 自宅住所 必ずご記入ください<br>〒 ( — )                     |  | TEL    |           |
|   |  | FAX    |           |
|   |  | E-MAIL |           |
| 勤務先名称<br>(監理団体の方は<br>監理団体名称を記<br>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<br>※いずれかに<br>○をつけて下<br>さい                | 1. 技能実習指導員<br>2. 技能実習指導員になる予定の者<br>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)<br>4. 監理団体関係者<br>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<br>年数<br>(いずれかの数<br>字に○をして経<br>験年数を記載) | 1. 介護福祉士 経験年数 ( ) 年程度<br>2. 看護師 経験年数 ( ) 年程度<br>3. 准看護師 経験年数 ( ) 年程度<br>4. 介護福祉士以外の介護職 経験年数 ( ) 年程度<br>5. その他 ( ) 経験年数 ( ) 年程度 |        |           |