

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3年度介護職種の技能実習指導員講習会

11月3日実施分「講習申込書」 (9/30 締切)

ふりがな		※受講履歴	
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)			
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○をつけてください) 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		

※「受講履歴」欄は、既に本講習を受講したことがある方は更新に○をしてください