（別紙）

平成 29 年度技能実習指導員講習　申込書

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">男 ・ 女</td><td rowspan="2">和暦　　年
月　　日生</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">自宅住所
〒</td><td colspan="2">TEL</td></tr>
<tr><td colspan="2">E-MAIL</td></tr>
<tr><td>勤務先名称
（監理団体の方は監理団体名称を記入）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>サービス種別
（監理団体の方は監理団体と記入）</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">勤務先住所
〒</td><td colspan="2">TEL</td></tr>
<tr><td colspan="2">FAX</td></tr>
<tr><td>受講決定通知送付先</td><td colspan="3">・自　　宅　　・勤務先
（※必ずどちらかに〇をつけてください。）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受講要件
（いずれかの□にレ点チェック）</td><td colspan="3">□　技能実習指導員
□　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）
□　監理団体関係者
□　その他</td></tr>
<tr><td colspan="3">告示により示されている対象者
１　技能実習生の介護職種の技能実習を行わせている者又は、行わせようとしている者により、技能実習指導員に選任されている者（選任予定の者も含む）
２　その他、講習会の受講により、一定の水準の知識を習得し、理解を深めることを目的とする者</td></tr>
<tr><td>資格及び経験年数
（いずれかの数字に〇をして経験年数を記載）</td><td colspan="3">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</td></tr>
</table>

福岡県介護福祉士会　事務局（担当：甲斐）
〒812-0012　福岡市博多区博多駅中央街 7-1-5F
TEL 092-474-7015　　FAX 092-436-5234
E-mail kaigokai@elf.coara.or.jp

申込締切　２９年１１月１５日（必着）

PDF