

令和元年度介護職種の技能実習指導員講習 申込書 (令和元年 12 月 8 日開催分)

ふりがな	生年月日		性別
氏名	昭和・平成 年 月 日		男・女
会員・非会員 <small>※いずれかに○をつけてください。</small>	1. 会員 ( ) ⇒会員番号をご記入ください。 2. 非会員		
自宅住所	〒 — —		
TEL	— —		
E-mail	<small>※受講決定通知書はメールでお送りしますので、間違いがないようご記入ください</small> @		
勤務先名称 <small>(監理団体の方は監理団体名称を記入)</small>			
勤務先住所 〒	TEL		
	FAX		
受講要件 <small>(いずれかの□にシ点チェック)</small>	<input type="checkbox"/> 技能実習指導員 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 監理団体関係者 <input type="checkbox"/> その他		
	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 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		
資格及び経験年数 <small>(いずれかの数字に○をして経験年数を記載)</small>	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		

福岡県介護福祉士会 事務局 (担当: 甲斐)

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東 1-1-16-2F

TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

E-mail

申込締切 令和元年 11 月 25 日 (必着)