

(別紙)

平成 30 年度介護職種の技能実習指導員講習 申込書

ふりがな		男 ・ 女	昭和 ・ 平成 年 月 日生
氏名			
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 〒	TEL		E-MAIL
勤務先名称 (監理団体の方は監 理団体名称を記入)	サービス種別 (監理団体の方は 監理団体と記入)		
勤務先住所 〒	TEL		FAX
受講要件 (いずれかの口にレ 点チェック)	<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 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		
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		

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 kaigokai@elf.coara.or.jp
申込締切 平成30年11月30日(必着)

