

Fax : 0 7 7 6 - 6 3 - 5 8 6 9

締め切り 11 月 5 日 (月) 必着

平成 30 年度技能実習指導員講習会 申込書

| | | | | |
|---|--|-------|--------|----|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 和暦 | 年 |
| 氏名 | | | 月 | 日生 |
| 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 (いずれかの口にし 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 | | | |
| (1 ・ 2 どちらか に ○) | 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 | | | |

福井県介護福祉士会 事務局 (担当 : 松ヶ平)

〒918-8238 福井市和田 2 丁目 2115 コーシン 1 103 号

TEL 0776-63-5868 FAX 0776-63-5869