|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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□にレ点チェック） | □　　技能実習指導員に選任されている者（予定者も含む）□　　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 |
| 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 |

平成29年度技能実習指導員講習会　申込書

**※申込締切　１１月２４日（金）必着**

山口県介護福祉士会　事務局

〒754-0893　山口市秋穂二島1062

TEL　083-987-0122　FAX 083-987-0124