

## 令和元年度 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	
氏名			年	月
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)	<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 <hr/> 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			
開催日	令和元年12月6日(金)			

山口県介護福祉士会事務局 (担当: 富永)  
 〒754-0893 山口県山口市秋穂二島 1062  
 TEL 083-987-0122  
申込締切 11月15日(金)