

高知県介護福祉士会 行

令和2年度介護職種の技能実習指導員講習

1月16日実施分 『講習申込書』

(12/21締切必着)

ふりがな		性別	生年月日
氏名	証明書に印字されるため、漢字など正確に記入してください	男・女	西暦 年 月 日
会員・非会員	(いづれかに○をつけ、会員の方は会員番号をご記載ください) 1. 会員 (会員番号:) 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載ください)		
勤務先住所 〒	TEL FAX		
受講要件	(いづれかに○をつけてください) 1. 技能実習指導員 2. 技能実習指導員になる予定の者 3. 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) 4. 監理団体関係者 5. 受講により一定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	(いづれかに○をつけ、経験年数をご記載ください) 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. 準看護師 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		

問い合わせ先
高知県介護福祉士会

TEL : 088-844-4611 FAX : 088-844-9443