

平成 30 年度介護職種の技能実習指導員講習 高知県開催 申込書

ふりがな			男 ・ 女	和暦	年
氏名				月	日生
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				
	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				

高知県介護福祉士会 事務局(担当:大藤)

〒780-8567 高知県高知市戊 375-1

TEL 088-844-3605 FAX 088-844-9443

申込締切 平成 30 年 12 月 10 日(必着)