

## 平成 29 年度技能実習指導員講習会 申込書

FAX送信先 088-844-9443 高知県介護福祉士会事務局

ふりがな			男・女	和暦 年 月 日生
氏名				
会員・非会員 <u>※いずれかに○を つけてください。</u>	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 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			

高知県介護福祉士会 事務局 (担当: 大藤)

〒780-8567 高知市朝倉戊 375-1 高知県立ふくし交流プラザ内

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

申込締切 平成 29 年 12 月 8 日 (金) 必着