

一般社団法人茨城県介護福祉士会 御中

令和元年度介護職種の技能実習指導員講習申込書（10/15締切）

10月30日・11月16日実施分（希望日に○印）

ふりがな		男・女	昭和・平成	年
氏名			月	日生
会員・非会員	(いずれかに○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	
			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	
受講要件	(いずれかに○をつけてください) 1. 技能実習指導員 2. 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） 3. 監理団体関係者 4. その他 ()			
資格及び 経験年数	(いずれかに○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. 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 () 経験年数 () 年程度			

【問い合わせ先】

一般社団法人茨城県介護福祉士会

TEL : 029-353-7244 (月・木曜日) FAX : 029-353-7246

9:00~17:00