

## 申込先：FAX 029-353-7246

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（10/12 締切）

氏 名			
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		
	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 ( )  《ご参考》告示により示されている受講対象者 ①技能実習生の介護職種の技能実習を行わせている者、また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講習の受講により、一定の水準の知識を取得し、理解深めることを目的する者		
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. 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		
入会希望	茨城県介護福祉士会へ 1. 入会を希望する 2. 検討する 3. 入会はしない		

11月7日(水)実施分

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 FAX : 029-353-7246