

一般社団法人茨城県介護福祉士会 御中

令和2年度介護職種の技能実習指導員講習申込書（10/12締切）

11月7日実施分

ふりがな		男・ 女	西暦 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		
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. 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