

令和3年度 介護職種の技能実習指導員講習 申込書

ふりがな		※ 受講履歴	生年月日
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)	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 更新	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
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			
勤務先住所 〒			TEL
			FAX
受講要件	(いずれか主たるもの一つに○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	(いずれか主たるもの一つに○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		

※「受講履歴」欄は、既に本講習を受講したことがある方は更新に○をしてください

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
 Mail: ibaraki080ccw@topaz.ocn.ne.jp