

茨城県介護福祉士会 御中

## 令和7年度 介護職種の技能実習指導員講習

### 申込書

10月21日実施分 (9/22締切)

※記入欄は全て必須となりますので、空欄の無いようお願いします。

フリガナ		受講履歴	生年月日
氏名	(いざれか主たるもの一つに○をつけてください)	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 更新	(西暦) ____年____月____日
会員・非会員	(いざれかに○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	〒_____		
個人携帯/自宅	— — —	個人アドレス	

↑電話番号/アドレスは、講習連絡並びに受講証明書再発行時等の連絡にも必要となりますので、お間違えの無いよう記入してください

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	
勤務先住所	FAX		
受講要件	(いざ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	(いざれか主たるもの一つに○をつけて、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. 介護福祉士以外の介護職 経験年数 ( ) 年程度 3. その他 ( ) 経験年数 ( ) 年程度		
所属での役職	(いざれか主たるもの一つに○をつけて、経験年数をご記載ください) 1. 管理者 経験年数 ( ) 年程度 2. リーダー的役割 経験年数 ( ) 年程度 3. 現場の介護職員 経験年数 ( ) 年程度 4. その他 経験年数 ( ) 年程度		
外国人介護人材の受入れ	(いざれか主たるもの一つに○をつけて、有の場合は経過年数をご記載ください) 1. 所属で受入れ 有 受入れ開始後 ( ) 年経過 2. 所属で受入れ 無		
外国人介護人材の指導経験	(いざれか主たるもの一つに○をつけて、有の場合は経験年数をご記載ください) 1. 外国人介護人材の指導経験 有 指導経験 ( ) 年 2. 外国人介護人材の指導経験 無		

※ 「受講履歴」とは、「介護職種の技能実習指導員講習」の受講になります。

その他の技能実習指導員講習を受講されている方は、新規となります。

※ 取得する個人情報は、本講習及び補助事業に関連したご案内・ご連絡、及び当会からの情報提供のために利用します。

当会では本講習申込から取得する個人情報を第三者に提供することはありません。

問い合わせ先

茨城県介護福祉士会

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