

令和3年度 介護職種の技能実習指導員講習
申 込 書

令和4年1月6日実施（定員40名に達し次第〆切）

| | | | |
|--------------|---|----------|------------------------------|
| 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) | 新規 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。

※ 申込書に不備がある場合は、受講受付不可となります。

問い合わせ先

一般社団法人 滋賀県介護福祉士会 事務局
〒525-0072 滋賀県草津市笠山7丁目8番138号
滋賀県立長寿社会福祉センター内
TEL : 077-569-5133 fax : 077-569-5173
mail : shigakaigo@shiga-jaccw.jp