

一般社団法人 埼玉県介護福祉士会 御中

令和2年度介護職種の技能実習指導員講習

令和3年1月23日(土)実施分 『講習申込書』 (12/15 締切)

ふりがな		性別	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	男・女	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		
	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 埼玉県介護福祉士会 事務局 (担当: 寺澤・町田)

〒 330-0056

埼玉県さいたま市浦和区東仲町4番16号 ベルゾーネK・M 1-D 号室

TEL: 048-871-2504 携帯: 080-1023-6201 FAX: 048-711-1239

E-mail: kaigo.saitama@oasis.ocn.ne.jp

