**FAX：028-600-1730**

栃木県介護福祉士会　御中

令和３年度 介護職種の技能実習指導員講習

**申 込 書** 12月6日実施分（11/4締切）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

問い合わせ先

　　　　栃木県介護福祉士会

　　　　TEL：028－600－1725　　FAX：028－600－1730