

令和 2 度 介護職種の技能実習指導員講習 申込書（12/10 締切り）

ふりがな		男 ・ 女	西暦 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		
会員・非会員	(いずれかに○をつけてください) 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入)		
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		
	≪ご参考≫ 告示により示されている対象者 ① 技能実習生の介護職種の技能実習を行わせている者又は、行わせようとしている者により、技能実習指導員に選任されている者（選任予定の者も含む） ② 講習の受講により、一定の水準の知識を取得し、理解を深めることを目的とする者		
資格及び 経験年数	(いずれかの数字に○をして経験年数を記載ください) 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		

【お問い合わせ先】

一般社団法人滋賀県介護福祉士会事務局
 〒525-0072 滋賀県草津市笠山七丁目 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
 e-mai: shigakaigo@shiga-jaccw.jp