別紙

公益社団法人新潟県介護福祉士会　御中

令和２年度介護職種の技能実習指導員講習

１２月１３日実施分　『講習申込書』　　（１１/１３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 | | | |
| 受講決定通知書送付先 | （いずれかに〇をつけてください）  自宅住所　　　・　　　勤務先住所 | | | |

※本申込書で知り得た情報は本講習会運営管理にのみしか使用しないことを誓約いたします。

問合せ先

公益社団法人新潟県介護福祉士会　事務局（担当　真保）

〒950-0994　新潟県新潟市中央区上所2-2-2　新潟ユニゾンプラザ3階

TEL：025－281－5531　FAX：025－281－7710　HP http://www.kaigo-niigata.or.jp