|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 男 ・ 女 | | 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 | | | 昭和 ・ 平成  　年　　月　　日生 |
| ※右記のいずれかに○を  つけて下さい | | | 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） | | | | |
| サービス種別  （監理団体の方は監理団体と記入） | |  | | |  | |
| 勤務先住所　〒 | | | | | TEL | |
| FAX | |
| 受講要件  （右記のいずれかの番号に〇をつけて下さい） | | 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.　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 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  （右記のいずれかの番号に○をして経験年数を記載して下さい） | | 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 | | | | |
| 受講希望日  （いずれかに○をつけて下さい） | | （　　）令和2年11月14日（土）　※申込締切　令和2年10月16日（金）  （　　）令和2年12月13日（日）　※申込締切　令和2年11月13日（金）  （　　）令和3年1月9日（土）　 ※申込締切　令和2年12月11日（金） | | | | |

**令和２年度　技能実習指導員講習　申込書**

**FAXにてお申込みください　FAX番号　052-202-8280**

愛知県介護福祉士会　事務局　〒460-0001　愛知県名古屋市中区三の丸1-7-2　桜華会館南館

TEL　052-202-8260　　FAX 052-202-8280