|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | １．新規２．更新 | 西暦　　 　　　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 |
| MAIL |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先住所　〒　 | TEL |
| FAX |
| 受講要件（右記のいずれか主たるもの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.　　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（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） | （いずれか主たるもの一つに○をつけてください）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 |
| 受講希望日（右記のいずれかに○をつけて下さい） | （　　）令和3年11月19日（金）　※申込締切　令和3年10月8日（金）（　　）令和3年12月19日（日）　※申込締切　令和3年11月5日（金）（　　）令和4年1月9日（日）　 ※申込締切　令和3年12月3日（金） |

**令和３年度　「介護職種の技能実習指導員講習」　申込書**

※「受講履歴」欄は、すで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。

**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