公益社団法人東京都介護福祉士会　御中

令和４年度 介護職種の技能実習指導員講習

**申 込 書** ９月１５日実施分（８/２９締切）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ※ 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 | （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. 介護福祉士以外の介護職　 　　　　　　　　　　経験年数（　 　　　）年程度  ３.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　経験年数（　　　　　）年程度 | | | |

※本講習での受講履歴とは、「**介護職種の技能実習指導員講習」**の受講になります**。その他の技能実習指導員講習**を受講されている方は**、新規に〇**をしてください。

問い合わせ先

　　　　公益社団法人 東京都介護福祉士会

　　　　TEL：03-6824-9397

E-Mail：tokaigo-seminar@bunken.co.jp（研修受付窓口）