

沖縄県介護福祉士会 御中

## 令和元年度介護職種の技能実習指導員講習申込書（12/2締切）

12月23日（月）実施分

ふりがな		男性・女性	昭和・平成	年
氏名			月	日生
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) *介護福祉士登録番号と介護福祉士会員番号は異なります。 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ご記載ください)			
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. 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） 3. 監理団体関係者 4. その他 ( )			
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			

【問い合わせ先】沖縄県介護福祉士会事務局

〒 903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-373-1 沖縄県総合福祉センター内（西棟4階）

TEL : 098-887-3344 FAX : 098-887-3391

\* 申込書に記載された個人情報は、本講習以外には使用しません。