

沖縄県介護福祉士会 御中

令和2年度介護職種の技能実習指導員講習

12月26日(土)実施分 『講習申込書』

(12/7 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		

【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 mail:okikaigo@gmail.com

*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。

*新型コロナウイルス等の影響により本講習が中止あるいは延期される可能性があります(講習開催直前での中止あるいは延期の可能性も含む)。そのさい本講習にかかる離島等からの旅費・交通費・宿泊費については受講申込者の自己負担となりますので予めご了承下さい。