

令和7年度 介護職種の技能実習指導員講習 開催要綱

厚生労働省から受託した補助事業（介護の日本語学習支援等事業）は、介護職種の技能実習生の技能修得等が円滑に図られるよう、適切な実習体制を確保すること等を目的としています。

本事業の一環として、今年度も介護現場で技能実習生の指導に当たる技能実習指導員等に対し、技能実習生の指導に必要な知識・技術を修得頂くことを目的に「介護職種の技能実習指導員講習」を開催致します。

1. 主 催 公益社団法人 日本介護福祉士会
2. 実 施 一般社団法人 佐賀県介護福祉士会
3. 日 時 令和8年1月10日（土）8：50～17：30 [受付開始8：30～]
4. 会 場 佐賀女子短期大学 4号館3階 431教室
〒840-8550 佐賀市本庄町大字本庄1313番地
5. 講習内容（予定） 別紙参照
6. 受講対象者 以下のいずれかに該当する者
 - 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
 - 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

※定員を超える場合、受講決定は①から順に優先となります。
7. 定 員 40名
8. 申込方法 以下のいずれかの方法でお申し込み下さい
 - ・WEBからの申込 →右のQRコード
 - ・申込書による申込 →メールまたはFAXにて送付
9. 募集期間 令和7年8月1日（金）～12月27日（土）
10. 受講料 無料
11. 決定通知 12月20日（土）以降に順次「受講決定通知書」を郵送します。
「受講決定通知書」がない場合、受講いただけません。
12. 受講当日 **・本人確認書類（下記参照）を持参してください。**
※受付時と、受講証明書交付時に提示していただきます。

1点でよいもの
運転免許証、運転経歴証明書、パスポート（旅券） マイナンバー（個人番号）カード、在留カード、特別永住者証明書
2点必要なもの
Aの中から2点、またはAとBの中から1点ずつ
[A] 各種健康保険証、各種年金手帳、介護福祉士登録証
[B] 会社の身分証明書・社員証（写真付き）



13. お問合せ先

一般社団法人佐賀県介護福祉士会 事務局
〒846-0002 佐賀県多久市北多久町大字小侍869番地
TEL：080-2711-0571
FAX：0952-75-3293
E-mail：sagakaigofukusi@gmail.com

※上記以外の本人確認書類をご持参される場合は事前にご相談ください。

※講習当日本人確認書類をお忘れの場合、講習を受講できませんのでご注意ください。

・オリエンテーション開始時刻までに入室できるよう時間厳守してください。
原則として遅刻や離席（最大15分以上）した場合、受講は認められません。

- ・テストに合格された受講者には『受講証明書』を交付します。
- ・日本介護福祉士会の会員には生涯研修ポイントが付与されます（7pt）。
- ・当日配布の「講習テキスト」は、お持ち帰りいただけます。

令和7年度 介護職種の技能実習指導員講習

申込書

1月10日実施分(12/27締切)

※記入欄は全て必須となりますので、空欄の無いようお願いします。

※ 「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、新規となります。

フリガナ		受講履歴	生年月日
氏名	(いずれか主たるもの一つに○をつけてください)	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 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	〒_____		
個人携帯/自宅	— — —	個人アドレス	

↑ 電話番号/アドレスは、講習連絡並びに受講証明書再発行時等の連絡にも必要となりますので、お間違えの無いよう記入してください

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	— — —
MAIL			
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○をつけて、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		
所属での役職	(いずれか主たるもの一つに○をつけて、経験年数をご記載ください) 1. 管理者 経験年数 () 年程度 2. リーダー的役割 経験年数 () 年程度 3. 現場の介護職員 経験年数 () 年程度 4. その他 経験年数 () 年程度		
外国人介護人材の受入れ	(いずれか主たるもの一つに○をつけて、有の場合は経過年数をご記載ください) 1. 所属で受入れ 有 受入れ開始後 () 年経過 2. 所属で受入れ 無		
外国人介護人材の指導経験	(いずれか主たるもの一つに○をつけて、有の場合は経験年数をご記載ください) 1. 外国人介護人材の指導経験 有 指導経験 () 年 2. 外国人介護人材の指導経験 無		

※ 取得する個人情報は、本講習及び補助事業に関連したご案内・ご連絡、及び当会からの情報提供のために利用します。当会では本講習申込から取得する個人情報を第三者に提供することはありません。

【問い合わせ先】一般社団法人 佐賀県介護福祉士会 事務局

〒846-0002 佐賀県多久市北多久町大字小侍869番地

TEL: 080-2711-0571 FAX: 0952-75-3293

E-mail: sagakaigofukusi@gmail.com