

神奈川県介護福祉士会 御中

令和元年度 新カリキュラム対応 介護実習指導研修
申込書（1/3 1 締切）

2月11日実施分

| | | | | |
|------------|---|---|---------|----|
| ふりがな | | 男・女 | 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) 1. 会員 (会員番号:) 2. 非会員 | | | |
| 自宅住所 〒 | | | TEL | |
| | | | メールアドレス | |
| 勤務先名称 | | | | |
| 勤務先住所 〒 | | | TEL | |
| | | | | |
| 受講要件 | 該当する方に○ | 要件 | 経験年数 | |
| | | 1. 介護福祉士実習指導者講習会の修了者であって、現に介護実習指導者として実習指導にあっている者、またはあたる予定のある者 | 年 | |
| | | 2. 介護実習に携わる（携わる予定のある者も含む）介護福祉士養成校の教員、教諭 | 年 | |

※受講者は事業の効果測定を目的とした研修後の Web アンケート調査のご協力と、好事例があった場合に事例詳細について提供いただきます。

問い合わせ先
神奈川県介護福祉士会

TEL : 045-319-6687 FAX : 045-222-6676