

様式2

高知県介護福祉士会 行

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 (1/31 締切)

2月27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 (携帯可)		
勤務先名称				
勤務先住所 〒		TEL		
		Fax		
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たっている者、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
高知県介護福祉士会
TEL : 088-844-3650 FAX : 088-844-9443