

山口県介護福祉士会 【FAX 083-987-0125】

**令和元年度 新カリキュラム対応介護実習指導研修
(介護実習指導フォローアップ研修)
申込書 (1/14 締切)**

【実施日】令和2年 2月13日 (木)

ふりがな		男・女	昭和・平成	年
氏名			月	日生
会員・非会員	(会員の方は会員番号をご記載ください)		実習指導者講習会受講年度	
	1. 会員 (会員番号: 350) 2. 非会員		年度	
自宅住所 〒		TEL		
		メールアドレス (必須) ※1		
勤務先名称			優先順位※2	
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	

※1 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。

※2 多くの施設の皆様に受講していただくため複数でお申込みの場合、優先順位を記入してください。

問合せ先
一般社団法人 山口県介護福祉士会
TEL : 083-987-0122 FAX : 083-987-0125