様式２

一般社団法人静岡県介護福祉士会　御中 　＜申込書締切2月7日＞

**令和元年度 新カリキュラム対応　介護実習指導研修**

**２/29日実施**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 男 ・ 女 | | 昭和・平成　　　年  　　　　 　月　　　日生 | |
| 氏名 |  | |
| 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 | | |
| FAX | | |
| 受講要件 | 該当する欄に〇 | 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。

問合せ先　一般社団法人静岡県介護福祉士会事務局・平野

　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：054－253－0818　**FAX：054－253－0829**