

2019年度 新カリキュラム対応 介護実習指導研修 申込書 (2020年1月10日締切)

2020年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
			実習指導者講習会修了年度 年度
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します。