

申込先：FAX番号：029-353-7246

令和元年介護福祉士実習指導者講習会  
フォローアップ研修  
《 申 込 書 》

ふりがな 氏 名	(性別 男・女) (生年月日) S. H年 月 日 ( 歳)
自 宅	(住所) 〒 (TEL) (FAX) (携帯電話)
勤務先	(名称) (所在地) 〒 (TEL) (FAX)
介護福祉士としての実務経験	茨城県介護福祉士会へ入会を _____年 ・希望する ・希望しません

※実習生へ指導を実践するにあたり 希望する内容等がある方は下記へご記入下さい。

現場で実践するにあたり困った事、確認したい事

その他

申込締め切り：令和元年9月13日(金)