

一般社団法人茨城県介護福祉士会 行き

令和元年度介護実習指導フォローアップ研修
申込書（令和2年 1/27締切）

2月22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	
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	

※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
茨城県介護福祉士会介護福祉士会
TEL : 029-353-7244 FAX : 029-353-7246