

熊本県介護福祉士会 御中

## 令和元年度 新カリキュラム対応介護実習指導研修

申込書（12/6締切） ※定員に達し次第締め切ります

1月18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(後日 Web アンケートのリンクを送付いたします) _____ _____	
勤務先名称				
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します。

問い合わせ先

一般社団法人熊本県介護福祉士会

TEL : 096-384-7125 FAX : 096-297-8115