

熊本県介護福祉士会 御中

令和5年度 介護福祉士実習指導者フォローアップ講習会

申込書 (11/24 締切) ※定員に達し次第締め切ります

12月9日(土)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(受講決定通知送付先) 〒	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. 介護実習に携わる介護福祉士養成校の教員、教諭	年	
実習受け入れに関する課題や質問等				

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