

京都府介護福祉士会 行

令和2年度 新カリキュラム対応 介護実習指導研修
申込書 (10/16 締切)

11月5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	

※記入漏れがないよう全項目記入してください。

問い合わせ先
一般社団法人京都府介護福祉士会
TEL : 075-708-6461 FAX : 075-708-6462