

令和5年度 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

※記入漏れのないよう必ず全項目記入して下さい

ふりがな 氏名(性別)		
	(男・女)	
	現在の職種	役職等
勤務先 (*は必ずご記入ください)	法人名(*)	
	施設名(*)	
	施設の種別	
	住所(*) 〒	
	電話(*)	FAX(*)
	(ご担当者様/部署(*) /)	
*自宅を連絡先として希望する場合は下記にもご記入ください 〒 (-) 自宅住所: 連絡先電話番号:		
介護福祉士資格取得年月(必須)	平成・令和 年 月	
介護福祉士登録番号(必須)		
資格取得後、介護福祉士として実務に従事した経験年数(必須)	年 カ月	
実習指導の状況 *いずれかに○印 (複数選択可能)	1. 現に介護福祉実習指導をしている(カンファレンス参加や実習プログラム作成の経験 有・無) 2. 上記1の内容のいずれも経験はないが、日ごろ実習生の対応を行っている。 3. 上記1.2のいずれの経験もない。 4. 今後実習指導をする予定(社会福祉士、ヘルパー等の実習指導経験有り) 5. 今後実習指導をする予定(いずれの実習指導も殆ど行ったことがない)	
介護福祉士会 会員・非会員の別 *いずれかに○印	会員 ・ 非会員 ・ 入会手続き中 (会員の場合は会員番号)	
連絡事項		

<受講者氏名 : >

【所属施設長等 記入欄】

上記の者は、

1. 現に実習指導をしている
2. 今後実習指導をする予定

職員として、本講習会の受講申込みにあたり推薦します。

施設名及び役職名

氏名

印

*申込者の個人情報は、実習指導者特別研修会の運営目的以外には使用いたしません。

*** 京都府介護福祉士会宛、必ず原本を郵送してください。**

事前FAX送付不要

<申込み及び問合せ先>

一般社団法人京都府介護福祉士会 事務局

〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町 375 ハートピア京都 6 階

電話 075-708-6461 FAX 075-708-6462

E-mail kyoto-kaigofukushi@trust.ocn.ne.jp