

F a x : 0776-63-5869 (2月3日〆切)

## 新カリキュラム対応 介護実習指導研修 申込書

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記入ください) 1. 会 員 (会員番号: ) 2. 非会員			
自宅住所 〒	TEL			
	E-MAIL (必須)			
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
		実習指導者講習会修了年度 ⇒ H・R 年度		
		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。

## 【お問い合わせ先】

福井県介護福祉士会 事務局  
〒918-8238 福井市和田 2-2115 コーシン I 103号  
TEL : 0776-63-5868