

大阪介護福祉士会 行

令和元年度 新カリキュラム対応 介護実習指導研修（フォローアップ研修）
申込書（11/25 締切）

12 月 19 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だきます。

（問い合わせ先）大阪介護福祉士会 事務局
大阪市中心区谷町 7 丁目 4-15
TEL：06-6766-3633
FAX：06-6766-3633

受講決定通知印（事務局欄）

--