

平成29年度介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

(期日を確認のうえ郵送して下さい。)

フリガナ 氏名		性別 生年月日 (必須)	(男 ・ 女) S・H 年 月 日
会員番号	会員 (270) ・ 非会員		
自宅住所等	(〒) 修了証に自宅住所が記載されます。必ず記入下さい 電話/FAX 携帯番号		
勤務先	法人名 施設名 施設の種別 (役職・職種) 住所 〒 電話 FAX		
受講票送付先	勤務先 ・ 自宅		
介護福祉士の資格取得後、実務に従事した経験年数	年 月		
実習指導の状況 *いずれかに○印	1. 現に実習指導をしている 2. 今後実習指導をする予定 3. 未定		
<p>【所属長 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、本研修会の受講をさせたく推薦します。</p> <p>事業所名及び役職名 氏名 _____ 印</p> <p><アンケートにご協力ください> 今後、貴事業所では、本研修会に何名の職員を参加させる予定ですか？ ()</p>			

*申込者の個人情報は、実習指導者講習会の運営目的以外には使用いたしません。

◎カリキュラム (実習Ⅰ (6) 実習Ⅱ (25))

科目名	時間数
介護の基本・実習指導の理論と実際	(2) (4.5)
介護過程の理論と指導方法	(6)
スーパービジョンの意義と活用及び学生理解	(7)
実習指導の方法と展開、実習指導における課題への対応、実習指導者に対する期待	(3) (1.5) (1)