

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（2/2 締切）

2月21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	

※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
 大阪市中央区谷町7丁目4-15
 TEL: 06-6766-3633
 FAX: 06-6766-3633

受講決定通知印(事務局欄)

--