

平成27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。)

ふりがな 氏 名 (性別)	(男 ・ 女)		
生年月日	昭和 平成	年 月 日	(満 歳)
受講希望回 (受講希望回を○で囲って下さい)	第2回 第3回 () 受講希望回でキャンセル待ちをする。		
勤務先	法人名 施設名 施設の種別 (役職・職種)		
連絡先 *いずれかに○印	(勤務先 ・ 自宅) 住所 〒 電話 FAX		
介護福祉士資格取得年	(昭和・平成・西暦) 年		
介護福祉士登録番号			
資格取得後、介護福祉士として実務に従事した経験年数	年 カ月		
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		
会員・非会員の別 *いずれかに○印	会員 ・ 非会員 ・ 入会手続き中 (開催前に必ず手続きを済ませて下さい。) (会員の場合は会員番号)		
【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。 事業所名及び役職名 氏名 _____ 印 <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？ ()			

*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。

〒542-0012

大阪府大阪市中央区谷町 7-4-15 大阪府社会福祉会館 3F

公益社団法人 大阪介護福祉士会