

平成30年度介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会

受講者事前調査書

この用紙に御記入のうえ、平成30年9月19日(水)までに御提出ください。

| | | | | |
|--|--|---|-----------|------------------------------|
| 施設・事業所 | 名称 | | | |
| | 所在地 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | | |
| フリガナ | | | 性別 | 男 女 |
| 氏名 | | | | |
| 職名 | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日生まれ |
| 住所 | <small>修了証に記載する必要がありますので、住民登録している住所を都道府県名から正しく記載してください。(受講者の運転免許証などで確認してください。)</small> | | | |
| 介護福祉士資格取得年 | 昭和・平成 | 年 | 介護福祉士登録番号 | 第 A B C D — 号 |
| 介護福祉士としての実務経験年数 | 年 <small>注：実習指導者になるには介護福祉士として3年以上の実務経験が必要です。</small> | | | |
| 実習指導の状況 | () 現に実習指導をしている () 今はしていないが今後担当する予定 | | | |
| 上記記載内容の問合せ先（事業所担当者又は受講者本人） 電話番号 _____ 職・氏名 _____ | | | | |

◎ 送付先：〒760-0017 香川県高松市番町1-10-35
 (公財)かがわ健康福祉機構 研修部
 Tel(087)835-3807, Fax(087)835-4777
 E-mail : kensyu@kagawa-swc.or.jp