

令和元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、令和元年9月19日(木)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	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。)			
介護福祉士 資格取得年	昭和・平成	年	介護福祉士 登録番号	A 第 B ー 号 C D
介護福祉士 としての 実務経験年数	年 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。			
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