令和３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

この用紙にご記入のうえ、令和３年９月17日(金)までにご提出ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 第 | ＡＢＣＤ | －　　　　　号 |
| 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