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 | | Ａ  Ｂ  Ｃ  Ｄ | －　　　　　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