

長野県介護福祉士会 御中

令和元年度 新カリキュラム対応介護実習指導研修
申込書 (1/10 締切)

2月21日実施分

ふりがな			男・女	昭和・平成	年
氏名				月	日生
会員・非会員	(いずれかに○をつけ、会員の方は会員番号をご記載ください) 1. 会員 (会員番号:) 2. 非会員				
自宅住所 〒				TEL	
				メールアドレス	
勤務先名称					
勤務先住所 〒				TEL	
受講要件	該当する方に○	要件			経験年数
		1. 介護福祉士実習指導者講習会の修了者であって、現に介護実習指導者として実習指導にあたっている者			年
		2. 介護実習に携わる、介護福祉士養成校の教員、教諭			年

※受講者は事業の効果測定を目的とした研修後の Web アンケート調査のご協力と、好事例があった場合に事例詳細について提供していただきます。

問い合わせ先
長野県介護福祉士会
TEL : 026-223-6670 FAX : 026-223-6679