

平成30年度 介護福祉士実習指導者フォローアップ研修申込書			
ふりがな		年齢	
氏名			
所属施設名		職種	
種別	1 養成機関 2 医療機関 3 特別養護老人ホーム 4 介護老人保健施設 5 グループホーム 6 居宅介護支援事業所・相談支援事業所 7 在宅サービス関連事業所 8 その他老人福祉施設 9 その他() 10 なし		
所属施設所在地	〒 —		
	電話： ()	FAX： ()	
自宅所在地	〒 —		
	電話： ()	携帯： ()	
	E-mail：		
受講決定通知書送付先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○を付けて下さい)		
受講経費振込時の宛名が本人と異なる場合は、お書きください			
実務経験年数 (平成30年11月末現在)	年 月	実習指導者従事年数 (平成30年11月末現在)	年 月
実践教育センター 修了生	年度	他機関にて修了証取得	年度
勤務先で実習指導者に従事していますか	1. はい 2. いいえ		
今回の研修で学びたいこと、期待すること(研修時、参考にさせていただくことがあります)			

**申込〆切:平成30年12月8日(土)(郵送の場合消印有効)
※ただし募集人員になり次第締め切らせていただきます。**

<申込方法> ①②のいずれかの方法でお申し込みください。

①メール(e-mail kensyu-06.j@kuhs.ac.jp)に「受講申込書」を添付して、送付する。

②下記住所に「受講申込書」と「82円切手を貼った返信用封筒(長形3号120×235mm)」を郵送する。

※申込書は1人1枚。宛先の横に「介護福祉士実習指導者講習会フォローアップ研修申込書在中」と朱書してください。

<申し込み・問合せ先>

〒241-0815 横浜市旭区中尾1-5-1 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター

担当:(長田・岡田) 電話045-366-5871(直通)

*実践教育センターでは神奈川県個人情報保護条例に基づき、収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。