徳島県介護福祉士会行き　ＦＡＸ（０８８）６４２－９９６６

申込締切日：10/26(金)

徳島県介護福祉士会

# 平成30年度　介護福祉士実習指導者講習会　受講申込書

※下記必要事項を全てご記入又は○印をお付け下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>氏　名 | | 性別 | ※どちらかを○印で囲んで下さい。<br>男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　年　　月　　日（　　歳） | | |
| 区　分 | ①　会　員　　②　非会員<br>（会員の場合は会員番号　　） | | ※どちらかを○印で囲んで下さい。 |
| 住　所<br>（自宅） | 〒　　－<br>ＴＥＬ：<br>ＦＡＸ： | | ※郵便番号・ご住所は正しく必ずご記入下さい。 |
| 勤務先 | 法人名 | | |
| | 施設名 | | |
| | 施設の種別　１．老人福祉施設　２．介護老人保健施設<br>３．障害者施設　４．その他（　　） | | |
| | 役職・職種 | | |
| 住　所<br>（勤務先） | 〒　　－<br>ＴＥＬ：<br>ＦＡＸ： | | ※郵便番号・ご住所は正しく必ずご記入下さい。 |
| 介護福祉士資格取得年 | （昭和・平成・西暦）　　年 | | |
| 介護福祉士登録番号 | 第　　－　　号 | | |
| 資格取得後、介護福祉士として実務に従事した年数 | 年　　ヶ月 | | |
| 実習指導の状況 | １．現に実習指導している<br>２．今後実習指導する予定<br>３．未定 | | |

【所属長　記入欄】

上記の者は、（１．現に実習指導している・２．今後実習指導をする予定）職員として、本講習会の受講をさせたく推薦します。

事業所名　　役職名及び氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

平成　　年　　月　　日

※申込者の個人情報は、介護福祉士実習指導者講習会の運営目的以外には使用しません。