

## 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

ふりがな 氏名				性別 ( )	
		(西暦) 年 月 日生 歳			
現住所		〒 -		TEL ( )	
勤務先	法人名			施設名	
	種別	特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・有料老人ホーム・医療機関・グループホーム 通所介護事業所・訪問介護事業所・その他 ( )			
	所在地	〒 -		TEL ( )	
	役職	あり ( )・なし	勤務形態	常勤・非常勤	
保健医療福祉関係の職歴	期間 (西暦)		勤務先・所属		介護実務
	年 月～ 年 月	年 月	年 月		有・無
	年 月～ 年 月	年 月	年 月		有・無
	年 月～ 年 月	年 月	年 月		有・無
	年 月～ 年 月	年 月	年 月		有・無
	年 月～ 年 月	年 月	年 月		有・無
		合計 実務経験年数		年 月	
資格	介護福祉士資格		(西暦) 年 月 取得		
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(記入: )				
介護実習受け入れ状況	現在の状況	施設	( )受け入れている(大学・短期大学・(介護)専門学校・福祉系高校 計 校) (介護職員初任者研修実施機関 計 機関) ※受け入れ先を○で囲んでください。		
		本人	( )受け入れている 実習指導を担当して(いる・いない)		
	今後の予定	施設	( )受け入れを継続する ( )受け入れ予定あり(学校名: 開始年度: 年度) ( )講習会修了後学校に働きかける ( )受け入れ予定なし		
		本人	今後実習指導者になる予定が(ある・ない)		
今回の受講に関し、勤務先の協力が得られますか				はい・いいえ・未定(調整中)	
受講の動機					

※ 実践教育センターでは、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター個人情報取扱方針に基づき、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。