別紙

⇒　滋賀県介護福祉士会　行　（ＦＡＸ：０７７－５６９－５１７３）

申込締切り：　8 月 25 日（火）

令和２年度　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

ふりがな		
氏　　名		
会員・非会員	（いずれかに〇をつけ、会員の方は会員番号を記入してください） １．会　員　（２５－　　）　　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 FAX	
受講要件	要　件	実習指導経験年数
	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、またはあたる予定のある者	年