

滋賀県介護福祉士会事務局あて FAX 077-569-5173 (送付状不要)

申込締切：研修実施2週間前

令和4年度 介護福祉士実習指導者講習会 聴講申込書

年 月 日

<input type="checkbox"/>	会員	⇒ 会員番号 (25—)
<input type="checkbox"/>	非会員	(申し込み時に、介護福祉士登録証の写しを添付してください)

↑いずれかに○を付けてください。

フリガナ	介護福祉士実習指導者講習会修了年
氏名	年
連絡先	〒 日中連絡可能な電話番号 (携帯電話など) TEL — —
	メールアドレス

希望日に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	1日目 10月15日	介護の基本・実習指導の理論と実際
<input type="checkbox"/>	2日目 11月12日	介護過程の理論と指導方法
<input type="checkbox"/>	3日目 12月24日	スーパービジョンの意義と活用及び学生理解
<input type="checkbox"/>	4日目 1月21日	実習指導の方法と展開・実習指導における課題への対応 実習指導者に対する期待