令和4年度介護福祉士実習指導者講習会　受講申込書

お申込日	令和　　年　　月　　日　記入		
希望受講回	第1回　・　第2回　・　第3回		
ふりがな			性　別
受講者氏名			男　・　女
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日　（　　）歳		
住所	〒（　　－　　）		
連絡先	自宅電話　　－　　－		
	FAX　　－　　－		
	携帯電話　　－　　－		
勤務先事業所名			
勤務先住所	〒（　　－　　）		
介護福祉士 資格取得年月	年　　月	資格取得後の 実務経験年数	年　　月
実習指導者の 経験	□　実習指導者の経験がある（通算　　年） □　今後実習指導する予定 □　未定		
参加種別	□　本校実習施設職員 （本年度ご依頼受託施設様及び来年度以降予定施設様） □　本校卒業生　　学籍番号または卒業年度及び卒業学科 旧姓の方は合わせてご記入ください。 〔　　〕 □　その他一般		

※　上記の個人情報については、本講座においてのみ使用いたします。

中央福祉医療専門学校　FAX0285－28－2940