**2019年度 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日※ | 受付番号※ | 受講番号※ |
| ／ |  |  |

※学校記入欄

太枠内を正確に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望受講回 | **第1回**　　　　**第2回**　　（どちらかに○をつけて下さい） | | | | | | | | |
| ふ り が な |  | | | | | | 年　　齢 | | **平成31年　受講時現在**  **歳** |
| 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 本校卒業生  の方は記入 | 平成　　　年度卒業　（第　　　　期生） | | | | | | 性　　別  Ｓ・Ｈ | | 男　・　女 |
| 施設名 |  | | | | | | 受講書類 送付先 | | 施設 ・ 自宅 |
| 施設所在地 | 〒　　　　－ | | | | | | | | |
| TEL：　　　－　　　　－ | | | | | FAX：　　　－　　　　－ | | | |
| 自宅住所  ※修了証書に記載しますので必ず記入して下さい | 〒　　　　－ | | | | | | | | |
| TEL：　　　－　　　　－ | | | | | 携帯：　　　－　　　　－ | | | |
| 職歴  ※現職場も含め、最近のものから 記入 | 施設名 | | | 職位 | 勤務期間 | | | | |
|  | | |  | 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月 | | | | |
|  | | |  | 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月 | | | | |
|  | | |  | 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月 | | | | |
| 介護福祉士資格取得 | | 昭・平　　　　　年取得 | | | 登録番号 | | |  | |
| 介護福祉士資格取得**前**の経験年数 | | | 年　　　　ヶ月 | | | | | | |
| 介護福祉士資格取得**後**の経験年数 | | | 年　　　　ヶ月 | | | | | | |
| 指導の状況 | 各設問について、当てはまるものを○で囲んでください。  １　実習指導の経験がある  （ 通算　　　年：　福祉系高校　・　専門学校　・　短大　）  ２　今後、実習指導をする予定がある  （　福祉系高校　・　専門学校　・　短大　） | | | | | | | | |

【個人情報の取扱い】

　提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、これ以外の目的では使用いたしません。

学校法人 鶴嶺学園

神奈川社会福祉専門学校

FAX

0463-30-6595

〒254-0046　神奈川県平塚市立野町1-1

TEL　0463-30-3231