

令和7年度第1回 介護福祉士養成施設実習指導者講習会 受講申込書

ふりがな 氏名 (性別)		生年月日 S・H 年 月 日
	(男・女)	
勤務先	法人名 施設名 住所 〒 電話 ( ) FAX Email: _____ ※必須 施設の種別 1. 老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. その他 ( )	
自宅先 (本人あて)	住所 〒 電話・携帯電話 - -	
実習指導の状況 *いずれかに○印	1. 養成校へ届け出をし、現に実習指導者として指導をしている 2. 養成校へ届け出をしていないが、実習指導をしており、今後は実習指導者になる予定 3. 職員のキャリア形成	
会員・非会員の別 *いずれかに○印	正会員 (会員番号 ) ・ 非会員 賛助会員 (法人・個人) (会員番号 ) 入会手続き中	
修了証書送付先 *いずれかに○印	勤務先 ( ) ・ 本人自宅 (宛先を詳細指定する場合は名称・氏名をはっきりご記入ください)	
名簿掲載の可否	可 ・ 不可	
・当研修会では、ネットワークづくりに役立つため「氏名」「勤務先」を記載した受講名簿を作成し、研修受講者へ配布予定です。		
【所属長・担当責任者 記入欄】 上記の者は、職員として、本講習会の受講をさせたく推薦します。 事業所名及び役職名 _____ 氏名 _____ 印 _____		

\* 申込者の個人情報は、実習指導者特別研修会の運営目的以外には使用いたしません。

**申込締切日：2025年6月27日(金)消印有効** (必ず本申込書に実務経験証明書を添えてお申込ください)

# 実務経験証明書

年 月 日

一般社団法人 宮城県介護福祉士会

施設又は事業所の名称

施設名又は事業所所在地

代表者氏名

印

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明いたします

フリガナ	
氏名	
施設又は事業所名	
施設等の種別	介護保険事業所番号
	指定年月日 年 月 日
業務従事期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 カ月)
介護福祉士 習得年月	年 月
介護福祉士登録証番号	No,
介護福祉士資格習得後の 実務経験 (3年以上)	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 カ月)
職種	

※ 複数施設又は事業所に従事している方は、コピーをしてご使用ください

※ 既に従事している施設で資格習得後3年以上の場合は1部で可