

令和4年度 第1回 介護福祉士実習指導者講習会 申込用紙

送信先：公益社団法人 東京都介護福祉士会 事務センター  
E-mail: tokaigo-seminar@bunken.co.jp FAX 03-5227-8631

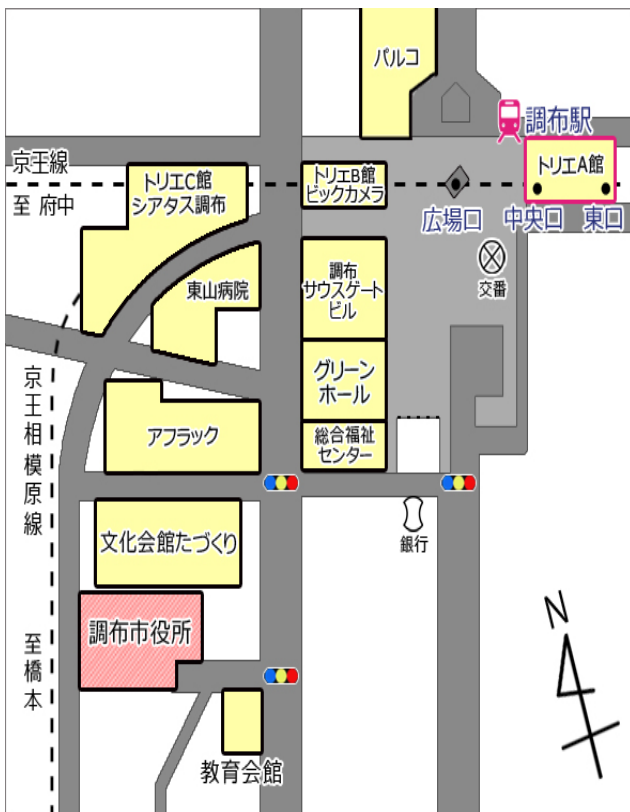
※原則、すべての情報をご記載いただきますようお願いいたします。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		生年月日 (必須)	西暦 年 月 日
会員番号	会員 (130 (他県会員可))	・ 非会員	
自宅住所	(〒 - ) 修了証に自宅住所が記載されます。必ずご記入ください。		
	TEL	FAX	
携帯番号			
メールアドレス			
勤務先名			
勤務先住所	(〒 - )		
	TEL	FAX	
受講票送付先 どちらかに○	自宅 ・ 勤務先		
連絡手段 いずれかに○	メール ・ 自宅FAX ・ 勤務先FAX		

※ご記入いただいた個人情報は本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません。

— 会場地図 —

●カリキュラム25時間



科目名	時間数
介護の基本	(2)
実習指導の理論と実際	(4. 5)
介護過程の理論と指導方法	(6)
スーパービジョンの意義と活用及び学生理解	(7)
実習指導の方法と展開	(3)
実習指導における課題への対応	(1. 5)
実習指導者に対する期待	(1)

# 職務経歴書 (実務経験自己申告書)

会員番号 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_

介護福祉士実習指導者講習会の受講申込みにあたり、介護福祉士資格登録後の実務経験を次のとおり申告します。

1. 介護福祉士登録日： 昭和・平成 \_\_\_\_\_年（西暦 \_\_\_\_\_年） \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

2. 職務経歴（実務経験\*申告）：

勤務期間	勤務先（法人名・施設名）	施設種別	職種	勤務形態 （週あたり労働日数）
<b>【記入例】</b> 2005年4月23日 ～ 2007年3月31日 <u>※介護福祉士登録日</u> <u>以降の日付を記載</u>	社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇苑	特別養護老人 ホーム	介護職員	常勤・非常勤（週 5 日）
				常勤・非常勤（週 日）
				常勤・非常勤（週 日）
				常勤・非常勤（週 日）
				常勤・非常勤（週 日）

2022年 7月 1日 現在で 実務経験（合計） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_か月

※3年以上の実務経験があることを必ず確認してください

**【注意】**・介護福祉士登録後の実務経験\*のみを記入すること

・勤務期間の古い順に、現在に至るまでの実務経験\*をすべて記入すること

※ 実務経験は、介護福祉士国家試験の実務経験に準じます（それ以外の職務経歴は記入しないでください）。

したがって、「介護支援専門員」「施設長」等は実務経験として算定できません。

3年以上の実務経験がない場合は受講できません。

実務経験の申告に誤りがあった場合は、受講後でも修了を取り消します。その際、受講料等は一切返金いたしません。

職務経歴（実務経験）については、上記のとおり相違ありません。

（記入日） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

署名 \_\_\_\_\_