

# 令和 7 年度 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

(申込締切 令和 7 年 8 月 18 日)

※全項目記入必須です。記入漏れが無いようご注意ください。

|                                                                                                                                                                            |                                                        |            |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|------------------------------|
| 受講申し込み                                                                                                                                                                     | 第 1 回                                                  |            |                              |
| フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                 |                                                        | 性別<br>生年月日 | ( 男 ・ 女 ・ 無回答 )<br>S・H 年 月 日 |
| 会員番号                                                                                                                                                                       | 会員 (290 ) ・ 非会員                                        |            |                              |
| 自宅住所等                                                                                                                                                                      | (〒 - ) 修了証に自宅住所が記載されます。必ず記入下さい<br>電話/FAX - - 携帯番号 - -  |            |                              |
| E-mail                                                                                                                                                                     | @                                                      |            |                              |
| 勤務先                                                                                                                                                                        | 法人名<br>施設名<br>施設の種別 (役職・職種 )<br>住所 〒<br>電話 - - FAX - - |            |                              |
| 受講票送付先                                                                                                                                                                     | 勤務先 ・ 自宅                                               |            |                              |
| 介護福祉士の資格取得後、実務に従事した経験年数                                                                                                                                                    | 年 カ月                                                   |            |                              |
| 実習指導の状況<br>*いずれかに○印                                                                                                                                                        | 1. 現に実習指導をしている<br>2. 今後実習指導をする予定 3. 未定                 |            |                              |
| <b>【所属長 記入欄】</b><br>上記の者は、( 1. 現に実習指導をしている・2. 今後実習指導をする予定 ) 職員として、本研修会の受講をさせたく推薦します。<br>事業所名 役職名及び氏名<br>_____ 印<br><アンケートにご協力ください><br>今後、貴事業所では、本研修会に何名の職員を参加させる予定ですか？ ( ) |                                                        |            |                              |

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

◎カリキュラム (25 時間)

| 科目名                                   | 時間数           |
|---------------------------------------|---------------|
| 介護の基本・実習指導の理論と実際                      | (2) (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、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 | (3) (1.5) (1) |