2021年度実習指導者フォローアップ研修受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 実習指導者講習会受講番号 |  |
| フリガナ |  | 連絡先住所 | 〒 |
| 氏名 |  | （　自宅、　勤務先　）○をつけて下さい |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| メールアドレス： | **（メールアドレスは、アルファベット、数字の区別がつくよう明確にご記入ください）** |
| 勤務先名称（連絡先を勤務先とした方は、必ず記入をして下さい） |  |
| □高齢者、□身体障害者、□知的障害者、□精神障害者、□児童、□低所得者、□その他 |
| □施設福祉、□在宅福祉、□医療機関、□行政機関、□その他 |
| 実習指導とのかかわり（該当する方に✔） | □現在実習指導者　　（実習指導経験年数　　　年）□実習指導者の予定 |
| 会員の方 | 会員番号 |  | 県 |
| 非会員の方 | 登録証番号 |  |
| 参加方法該当欄に✔ | □フォローアップ研修・交流会両方参加□フォローアップ研修のみ参加　　□交流会のみ参加 |

**変更およびキャンセル連絡欄**

受講決定後に変更またはキャンセルが発生した場合は、この欄に記入し、下記の送付先に、メールに添付して送信してください。なお、電話での申込みは受け付けておりません。

○変更事項・キャンセルの連絡

○送付先

メールアドレス：k-info@saitama1717csw.jp

|  |
| --- |
| 　 |

○キャンセルの場合の返金口座

　下記に銀行または信用金庫の口座をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫 | 支店名 | 支店・本店 |
| 種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | フリガナ |
|  |

2021年度実習指導者フォローアップ研修事前アンケート

・実習指導者講習会受講番号　　　　　　　・氏名　　　　　　　　　・勤務先

・実習指導経験　　　　年

|  |
| --- |
| 1. 実習指導で困っていること・悩んでいることをお書きください。

　　　・実習生について 　　　・職場環境 　　　・養成校との連携　　　　　　  |
| （２）実習指導をして良かったこと・学んだことを書いてください |
| （３）その他 |
| （４）可能であれば、プログラム例を添付してください。 |