2022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： |
| 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 | 社会福祉士登録証番号 |  |
| 受講に際し配慮が必要な方は記入ください。 |

|  |
| --- |
| **【事前アンケート】事前アンケートにご協力ください。**１．あなたは、新・社会福祉士養成カリキュラムの内容を、実習指導において、どのように取り入れていますか？工夫されていることや新たに考えている実習内容などありましたら、ご記入ください。２．実習指導で困っていること、不安なこと、悩んでいることなどありましたら、ご記入ください。３．その他 |

※可能であれば、現在使用されている実習プログラムの添付をお願い致します。