

平成 30 年度 福祉用具専門相談員講習課程 受講申込書

平成 年 月 日

本研修につき受講致したく、下記の通り申し込みいたします。

フリガナ		性別	男 女
受講者氏名		生年月日 年 齡	昭和・平成 年 月 日生 歳
住 所	〒 —		
	TEL — —	携 帯 — —	
	FAX — —		
緊急連絡先	氏名	連絡先	
	住所	本人との関係	
勤務先又は 職業 学校名			
申込コース	<input type="checkbox"/> 8月コース (8月6、7、8、9、20、21、22日) <input type="checkbox"/> 2月コース (2月3、4、10、11、17、18、24日)		
介護又は ボランティア の経験	有 無	介護内容 (具体的に)	
受講希望の 理由等 (詳しくご記 入下さい)			
*未成年の方は保護者の同意をお願いします。			
保護者署名			印

※介護福祉士等の有資格者については、本講習を受講しなくても福祉用具専門相談員として、(介護予防)福祉用具貸与事業所等での勤務が可能です。