令和6年度　福祉用具専門相談員指定講習　受講申込書

令和　　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　　齢 | 昭和・平成年　　月　　日生　　　　　　　歳 |
| 住　　　所 | 〒　　　－　　　　ＴＥＬ　　　　－　　　　－　　　　携　帯　　　　－　　　　－　　　　ＦＡＸ　　　　－　　　　－　　　　連絡の取りやすい時間帯（　　　：　　　～　　　：　　　）※連絡手段の第1希望（　自宅電話　・　携帯　・　メール　） |
| 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 | □7月コース（7月16、17、18、19、22、23、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。