

令和 7 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 月 日 年 齢	昭和・平成 年 月 日 生 歳
住 所	〒 ー TEL ー ー 携 帯 ー ー FAX ー ー 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 14、15、16、17、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。