

令和 8 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	<input type="checkbox"/> 7月コース (7月13、14、15、16、21、22、23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。