

(FAX:029-244-4463)

令和2年度 (第1回 ・ 第2回)

* 第1回、第2回いずれかを○で囲んでください

「福祉用具専門相談員指定講習会」受講申込書

		申込日 令和 年 月 日	
(一社)茨城県福祉サービス振興会会長 殿			
福祉用具専門相談員指定講習会の受講を希望し申込みます。			
受講者氏名 自宅住所等	フリガナ		性 別 男 ・ 女
	氏 名		生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日 生
	住 所	〒 _____	
	メールアドレス	_____	
	* 緊急時に連絡の取れる番号 TEL _____		
勤 務 先 または学校名	名 称	_____	
	住 所	〒 _____	
	TEL _____	FAX _____	
仕事の内容	1. 福祉用具貸与、販売 2. 市町村等公的機関の職員 3. 介護職 (在宅、施設含む) 4. 介護支援専門員 5. 医療関連 6. リハビリ関連 7. 学生 8. 建築関連 9. その他(_____)		
1.とお答えの方	具体的な仕事内容(_____)	経験年数	_____
福祉・介護関連の所持資格	_____		
受講の動機	1. 現在の仕事に生かしたい 2. 転職し福祉の仕事を考えている 3. 家族、将来のため 4. これからの勉強のため 5. 直接現在の仕事には関係ないが、興味がある 6. その他(_____)		
受講通知郵送先	1. 自 宅	2. 勤務先	

※受講者氏名等の記入は、修了証書の記載の基本となりますので楷書で正確、丁寧にご記入ください。

※お預かりいたしました情報は、個人情報保護法を遵守し、目的以外には使用いたしません。

※申込締切後2週間以内に、受講決定の可否について郵送にてご連絡差し上げます。