

一般社団法人日本福祉用具供給協会 行
(FAX : 03 - 3434 - 3414)

平成 年 月 日

「福祉用具選定士研修会 参加申込書」の送付について

別添のとおり、「福祉用具選定士研修会 参加申込書」を送付します。
なお、受講対象者証明書は下記に記載のとおりです。

【受講対象者証明書】

別添の、福祉用具選定士研修会参加申込書に記入した研修会受講希望者

(A研修 名)	(B研修 名)
---------	---------

は、福祉用具専門相談員として2年以上
従事していることを証明します。

会 社 名 _____

代表者氏名
又は
責任者氏名 (役職) _____ (氏名) _____ (印)

連絡先 TEL _____

- ※1 上記へ記入後、「福祉用具選定士認定研修会 参加申込書」、福祉用具専門相談員修了証又は準ずる資格証明書と一緒に FAX にてお送り下さい。
- ※2 A・B研修のどちらかを受講済みの場合は、「福祉用具選定士認定研修会 参加申込書」、A研修認定証(補)又はB研修認定証(補)と一緒に FAX にてお送り下さい。

例) 受講者がお一人の場合、上記1又は2のコピーと併せて、計3枚をFAXにてお送り頂くことになります。

平成 年 月 日

福祉用具選定士認定研修会 参加申込書

各社内または、各事業所で、受講者の取りまとめのうえ、お申込下さい。
複数名でのお申込で参加申込書が不足の場合は、お手数ですがコピーをしてご使用下さい。

1. A〔ベッド・車椅子編〕A研修の受講希望会場をご記入下さい。

会場名	研修期間
()会場	平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()

2. B〔歩行器・床ずれ防止・リフト編〕B研修の受講希望会場をご記入下さい。

会場名	研修期間
()会場	平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()

3. <input type="checkbox"/> どちらかを○印で囲んで下さい	<input type="checkbox"/> 会 員	<input type="checkbox"/> 一般（非会員）
--	------------------------------	----------------------------------

4. 今後、選定士研修会に関する〔受講決定通知〕〔修了証〕〔お知らせ〕などは、下欄にご記入のお申込頂いた受講者勤務先へお送りしますので、太線枠に洩れのないよう楷書でご記載下さい。

ふりがな		性 別	生 年 月 日
受講者氏名		男 ・ 女	(大正・昭和・平成) 年 月 日
勤務先店舗名			
勤務先所在地 (連絡先住所)	(〒) 都 道 府 県		
T E L		F A X	
福祉用具選定士研修会を受講するのは？ (いずれかを○印で囲んで下さい)			
<input type="checkbox"/> 初めて	→ 福祉用具専門相談員の修了証の写しも一緒に FAX して下さい。		
<input type="checkbox"/> 受講済 (A研修 又は B研修)	→ A研修認定証（補）又は B研修認定証（補） の写しも一緒に FAX して下さい。		