

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

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) ⑩

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。

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	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	年 月 日 () ～ 月 日 ()

3.

どちらかを○印で囲んで下さい	会 員	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)			
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。		
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。		