

一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会 入会申込書

申込年月日：平成 年 月 日

会員種別	A、Bどちらかを選び、○をつけてください。		
	A会員（福祉用具専門相談員指定講習修了者）		
	B会員（専門的有資格者） 保有している資格に○をつけてください。 保健師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士 介護福祉士・義肢装具士		
	※A、B会員を証明する資格証の写しを添付のこと。		
ふりがな 氏 名	姓	名	19 年 月 日生 1. 男 2. 女
ふりがな 勤務先名			
所属部署・役職			
勤務先住所	〒 ー		
TEL	ー	ー	
FAX	ー	ー	
主たる活動エリアの 都道府県（1つ）			
自宅住所	〒 ー		
TEL	ー	ー	
FAX	ー	ー	
資料送付先	1. 自宅 2. 勤務先 （郵送先に資料等を送付します）		
E-mail <small>※PCメールアドレスのみ</small>	本会からの“お知らせメール”の受信を希望される方は必ずご記入ください。		
お申込のきっかけを教えてください。			
1. ふくせん HP 2. ダイレクトメール 3. 紹介（ ） 4. 記事・雑誌等（ ） 5. 研修会・イベント（ ） 6. 研修ポイント制度から移行 7. その他（ ）			
事務局使用欄			