

平成27年度 福祉用具プランナー研修受講申込書

		平成	年	月	日
公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿					
福祉用具プランナー研修(全国福祉用具専門相談員協会鹿児島県ブロック実施分)の受講を申込みます。					
申込者氏名等	フリガナ 氏名	性別 男 ・ 女			
	〒 住所	年齢 歳			
		都道 府県			
TEL () / FAX ()					
メールアドレス	【2つ記入して下さい】 メインアドレスに送信出来なくなった場合、予備アドレスにご連絡する場合があります。				
メインアドレス					
予備アドレス					
主たる業務内容に関する資格	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)			
	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)			
その他保持資格	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)			
	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)			
勤務先	名称(営業所、支店名等までお書きください)				
	〒 住所	都道 府県			
	TEL () / FAX ()				
	(業種・施設種別:該当するものに○印) 1.福祉用具貸与事業者 2.福祉用具販売事業者 3.その他の指定居宅サービス事業者 4.居宅介護支援事業者 5.特別養護老人ホーム 6.社会福祉協議会 7.行政 8.介護実習・普及センター 9.高齢者総合相談センター 10.病院・診療所 11.リハビリテーションセンター 12.公設展示場 13.福祉用具製造事業者 14.老人保健施設 15.介護療養型医療施設 16.住宅改修事業者 17.教育機関 18.その他(具体的に)				
勤務先での 業務内容 従事期間	・福祉用具に関連する主な業務内容 [] ・従事期間 (昭和・平成 年 月 ~ 現在)				
プラネット会員の方は ご記入ください	会員番号				
資料等送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印				