公益財団法人　テクノエイド協会　理事長　殿

締切：10月23日（金）

令和2年度　リフトリーダー養成研修　受講申込書

申込日	年　　月　　日		
ふりがな		性　別	男　・　女
氏名		年　齢	満　　歳
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日		
メールアドレス	【2つ記入してください】メインアドレス未着の際は、予備アドレスにご連絡する場合があります。 －（ハイフン）、＿（アンダーバー）、など間違えやすいのでフリガナをつけてください。		
メイン （個人のメールアドレスをご記入下さい）	（フリガナ）		
予備アドレス （個人のメールアドレスをご記入下さい）	（フリガナ）		
自宅住所	〒 都 道 府 県		
	日中連絡先：　　携帯：		
主たる業務内容に関する資格	資格名：	取得年月日 （西暦　　年　　月）	
ふりがな			
勤務先名	名称（営業所、支店名等までお書きください）		
勤務先住所	〒 都 道 府 県		
	電話番号　：　　FAX：		
業種 施設種別 （該当するものに○印）	1、福祉用具貸与事業所 2、福祉用具販売事業所 3、その他の指定居宅サービス事業所 4、居宅介護支援事業所 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、福祉用具製造事業所 １４、老人保健施設 １５、介護療養型医療施設 １６、住宅改修事業所 １７、教育機関 １８、その他　（　　）		
送付・通知先	【　自宅　・　勤務先　】いずれかに○印		
福祉用具プランナー情報システムにご登録の方は、ご記入ください。	ID番号： ※IDが不明な場合は、プランナー取得された年度または実施期間をご記入ください。 （　　年度　実施期間：　　）		

※申込者の個人情報は、研修会のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

大分県社会福祉介護研修センター　　佐藤 宛

TEL：０９７－５５２－６８８８　　FAX：０９７－５５２－６８６８