

令和3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。 【重要】個人用アドレスをご記入ください (施設・病院等、職場のアドレスは使用できません)		
メインアドレス	(フリガナ)		
予備アドレス	(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 18、その他 () 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		
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、研修会のための目的で使用し、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

TEL：097-552-6888

FAX：097-552-6868

小原宛