

令和4年度 福祉用具プランナー研修受講申込書

公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿		年 月 日
福祉用具プランナー研修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	生年月日：西暦 年 月 日（ 歳）
	都道 府県	
通常連絡先（ ） / 携帯（ ）		
メールアドレス	【2つ記入して下さい/携帯のアドレスは無効です】 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(西暦 年 月)
その他保持資格	資格名	取得年月日(西暦 年 月)
	資格名	取得年月日(西暦 年 月)
勤務先	名称(営業所、支店名等までお書きください)	
	〒 所在地	
	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 (西暦 年 月 ~ 現在)	
資料等送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印	

実務経歴証明書について

実務経歴証明書は、受講申込書等と同封の上、郵送して下さい。

なお、現在の施設・事業等における実務経験が通算2年に満たない場合は、過去の業務に従事した施設・事業等における実務経歴を、現施設・事業所等の所属長名にて実務経歴証明書を作成し提出して下さい。

【問い合わせ】

大分県社会福祉介護研修センター
介護実習・普及部

高橋 昌三

TEL：097-558-7999

FAX：097-558-7883

Mail：s-takahashi@okk.or.jp

実務経歴証明書

年 月 日

公益財団法人 テクノエイド協会理事長 殿

〒

所在地

所属先名

代表者名

印

下記の者の実務経歴は、以下のとおりであることを証明する。

氏名	
福祉用具に関連する業務内容	
従事期間	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月 (年 ヶ月間)

実務経験は通算で2年以上必要です。業務に従事した施設・事業等が複数にわたる場合はコピーしてお使いください。