

平成 27 年度 福祉用具専門相談員指定講習会申込書

平成 年 月 日

佐賀県在宅生活サポートセンター 所長 様		
平成 27 年度 福祉用具専門相談員指定講習会を希望し申し込みます。		
申請者氏名等	フリガナ 氏 名	性別 男 ・ 女 年齢 歳
	生年月日 昭和・平成 年 月 日	
	自宅住所 〒	
	TEL FAX	
	携帯	
現在の勤務先での 職務内容・従事期間	・ 主な業務内容	
	・ 従事期間 (昭和・平成 年 月 日 ～ 現在)	
勤 務 先	名称	
	住所 〒	
	TEL FAX	
	(業種・施設種別・該当するものに○印) 1. 指定居宅サービス事業者 (指定福祉用具貸与事業者を除く) 2. 指定居宅介護支援事業者 3. 介護保険施設 4. 指定福祉用具貸与事業者 5. 行政 6. 社会福祉協議会 7. 高齢者総合相談センター 8. 病院／診療所 9. リハビリテーションセンター 10. 公設展示場 11. 福祉用具製造事業者 12. 福祉用具貸与事業者 13. その他(具体的に)	
テキスト購入申し込み ※該当するものに○印	1. 購入する 2. 購入しない	

※下記の方は福祉用具専門相談員の要件として認められています。

ア：保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、義肢装具士