

平成 30 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 30 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、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士