平成26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26年度福祉用具指定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	性別　男　・　女
	氏名	年齢　　歳
	自宅住所 〒	
	TEL　　FAX	
	メールアドレス	
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・該当するものに〇印） 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 ※該当するものに〇印	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
イ：介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護員養成研修1級課程修了者、　訪問介護員養成研修2級課程修了者、介護職員初任者研修修了者