

平成 28 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 28 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<br>氏 名  | 性別 男 ・ 女<br>年齢 歳 |
|                                    | 生年月日   | 昭和・平成 年 月 日      |
|                                    | 自宅住所<br>〒  |                  |
|                                    | TEL  | FAX              |
|                                    | 携帯   |                  |
| 現在の勤務先での<br>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<br>〒  |                  |
|                                    | TEL  | FAX              |
|                                    | (業種・施設種別・該当するものに○印)<br>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)<br>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<br>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<br>※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。

- ・ 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