福祉用具プランナー認定講習（ 補講 ・ 再試験 ）申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日：　　　　　年　　　月　　　日  公益財団法人テクノエイド協会理事長　殿  福祉用具プランナー認定講習の　補講　・　再試験　を申し込みます。 | | | | | |
| 申込者氏名等 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | | | プランナー情報システムＩＤ | |
| プラネット会員番号（会員のみ） | |
| 〒  都道  府県  住所 | | | | |
| 日中連絡先　　　（　　　）　　　　　携帯電話　　　　（　　　　） | | | | |
| メールアドレス | ―ﾊｲﾌﾝ、＿ｱﾝﾀﾞｰﾊﾞｰ、ｎｴﾇ、ｈｴｲﾁなど間違えやすいのでﾌﾘｶﾞﾅをつけてください。 | | | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | |
|  | | | | |
| 勤　務　先 | 名称（営業所、支店名等までお書きください） | | | | |
| 〒  都道  府県  住所 | | | | |
| ＴＥＬ　　　　（　　　）　　　　　ＦＡＸ　　　　　（　　　　） | | | | |
| 郵送物送付先 | 自宅　・　勤務先　　※どちらかに○ | | | | |
|  |  | | | | |
| 以前、受講した福祉用具プランナー認定講習について | | | | | |
| 受講年度 | | 年度 | 都道府県 | |  |
| 受講した実施機関 | |  | | | |
| 今年度、補講・再試験を  希望する実施機関 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 今年度補講を希望する科目　（補講申込者のみ） | | | | | |
|  | 最新情報 |  | 相談援助のための  プランニングの実際 |  | 相談援助のための  プランニング演習 |
|  | 対人援助技術 |  | 職業倫理 |  | 高齢者の身体特性 |
|  | 生活における基本動作  ・ＡＤＬの理解 |  | 起居関連用具 |  | 移乗関連用具 |
|  | 移動関連用具  （車いす／杖・歩行器） |  | 床ずれ防止関連用具 |  | 入浴関連用具 |
|  | 排泄関連用具 |  | 住宅改造 |  | 構造とメンテナンス |
|  | 食事・更衣・整容の活動と用具　／　社会参加関連用具　／　コミュニケーション関連用具 | | | | |

※この申込書は、“補講・再試験を希望する集合講習実施機関”へ提出してください。

　（2020.6）