**可搬型階段昇降機安全指導員講習（基礎講習）**

**受講申込書（愛知県会場）**

|  |
| --- |
| 　　　年　　　月　　　日一般社団法人全国福祉用具人材育成協会　殿可搬型階段昇降機安全指導員講習（基礎講習）の受講を申込みます。 |
| 申込者氏名等 | フリガナ氏名 | 性別　　　　 男 　・ 　女 |
| 生年月日西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 〒　　住所　 |
| 携帯　　　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　　 ／日中連絡先　　　　　（　　　　　　　）　　　　　 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ【必須】 |  |
| 勤　務　先 | 名称 |
| 〒住所 |
| ＴＥＬ　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　　 ／ＦＡＸ　　　　　　（　　　　　　）　 |
| 業種について | ・該当するものに○をしてください１．指定福祉用具貸与事業者　　２．指定福祉用具販売事業者　　３．福祉用具レンタル卸専業事業者４．福祉用具卸販売専業事業者 ５．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務先での業務内容従事期間 | ・福祉用具に関連する主な業務内容・従事期間　　（昭和・平成　　　　年　　　　月　～　現在） |
| 資料等送付先 | 【　　自宅　　・　　勤務先　　】　※いずれかに○印 |
| 福祉用具プランナー情報システムにご登録の方は、ご記入ください | ＩＤ番号：※ＩＤが不明な場合は、プランナー取得された年度・実施機関をご記入ください。（　　　　　　　　年度　　実施機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

5