福祉用具プランナー現況届

年　　　月　　　日

公益財団法人テクノエイド協会　理事長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| プランナー修了証書番号 | 不明な場合は、修了年度・実施機関名をご記入ください。 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　　　女 |
| 自宅住所 | 〒 |
| 日中連絡先 |  | 携帯番号 |  |
| 所属先 | 無職の場合は「なし」とご記入ください。 |
| 所属先住所 | 〒 |
| 所属先ＴＥＬ |  | 所属先ＦＡＸ |  |
| メールアドレス | メイン（通常、送信されます） |
| 予備（メインがエラーの場合、送信されます） |
| 保持資格（取得年月も記載） | ※各資格取得年月を記載してください（必須） |
| 資料等送付先 | 自宅　・　勤務先　　　※いずれかに〇 |

【提出先】

公益財団法人テクノエイド協会　普及部宛　（郵送・ＦＡＸ・メールいずれも可）

〒162-0823　東京都新宿区神楽河岸１－１　セントラルプラザ４F

　　TEL　03-3266-6884　　　FAX　03-3266-6885

　　メール　fukyu@techno-aids.or.jp