# リフトリーダー養成研修　受講申込書

（佐賀県在宅生活サポートセンター行　FAX:0952－30－2591）

申込日　　年　　月　　日

公益財団法人テクノエイド協会理事長　殿
リフトリーダー養成研修の受講を申込みます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申込者氏名等 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>氏名 | 生年月日　西暦　　年　　月　　日生<br>満　　歳 | 性別　男・女 |
| | 〒<br>住所　　都 道<br>府 県 | | |
| | 日中連絡先　（　　） | 携帯番号　（　　） | |
| メール<br>アドレス | 【2 つ記入してください】メインアドレス未着の場合は予備アドレスにご連絡する場合があります。-ハイフン、_アンダーバーなど間違えやすいのでフリガナをつけてください。<br>個人のアドレスをご記入ください。 | | |
| メイン<br>アドレス | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | |
| | | | |
| 予備アドレス | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | |
| | | | |
| 主たる業務に関する資格 | 資格名 | 取得年月日（西暦　　年　　月） | |
| 勤務先 | 名称（営業所、支店名等までお書きください）<br>(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | |
| | 〒<br>住所　　都 道<br>府 県 | | |
| | TEL　（　　） | FAX　（　　） | |
| | （業種・施設種別：該当するものに○印）<br>1．福祉用具貸与事業者　2．福祉用具販売事業者　3．その他の指定居宅サービス事業者<br>4．居宅介護支援事業者　5．特別養護老人ホーム　6．社会福祉協議会　7．行政<br>8．介護実習・普及センター　9．高齢者総合相談センター　10．病院・診療所<br>11．リハビリテーションセンター　12．公設展示場　13．福祉用具製造事業者<br>14．老人保健施設　15．介護療養型医療施設　16．住宅改修事業者　17．教育機関<br>18．その他（具体的に　　） | | |
| 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：<br>※ＩＤが不明な場合は、プランナー取得された年度または実施期間をご記入ください。<br>（　　年度　実施期間：　　） | | |
| 資料送付先 | 【　自宅　・　勤務先　】　※いずれかに○印 | | |