

令和元年度リフトリーダー養成研修

京都会場 申込書

フリガナ						
氏名						
職場名						
職場住所	〒	-			都道府県	
職場連絡先	TEL			FAX		
e-mail (携帯不可)						
所持資格 (複数回答可)	1. 福祉用具専門相談員			2. 福祉用具プランナー		
	3. 理学療法士			4. 作業療法士		
	5. 社会福祉士			6. 介護福祉士		
	7. 看護師			8. その他 ()		
ふくせん会員 有無	全国福祉用具専門相談員協会会員			非会員		
	No					
備考						

【注意事項】

- ※ 申込書は受講するご本人が記入してください。氏名・フリガナを正しく記入して頂きますようお願いいたします。
- ※ リフトリーダー養成研修カリキュラムの内容をご確認・ご了承の上お申し込みください。
- ※ 申込書は本研修以外の目的では使用致しません。

事務局：一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会 京都府ブロック事務局

【有限会社スマイルケア 内】

担当：曾我

住所：〒617-0833 京都府長岡京市神足麦生 11

電話：075-951-2340

申込締切：令和元年 10 月 18 日（金） 必着

F A X : 0 7 5 - 9 5 5 - 1 8 9 0