**車椅子姿勢保持基礎講習（障害分野）　　受講申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 　　　　　　年　　　月　　　日  一般社団法人日本車椅子シーティング協会 代表理事　殿  車椅子姿勢保持基礎講習（障害分野）の受講を申請します。 | | | | |
| 申請者氏名等 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | 生年月日　西暦　　　　　　年 　 　月　 　 日生 | | | |
| 満　 　 　歳 | | 性別　　男 ・ 女 | |
| 〒  都道  府県  住所 | | | | |
| 日中連絡先　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　 ／携帯電話　　　　　（　　　　　　　） | | | | |
| メールアドレス | 【２つ記入して下さい】メインアドレス未着の際は予備アドレスにご連絡する場合があります。―ハイフン、＿ｱﾝﾀﾞｰﾊﾞｰ、など間違えやすいのでフリガナをつけてください。  原則、個人で受信可能なＥメールアドレスをご記入ください。 | | | | |
| メインアドレス | (フリガナ) | | | | |
|  | | | | |
| 予備アドレス | (フリガナ) | | | | |
|  | | | | |
| 主たる業務内容  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）  　(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | |
| 〒  都道  府県  住所 | | | | |
| ＴＥＬ　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　　 ／ＦＡＸ　　　　　　（　　　　　　） | | | | |
| （業種・施設種別：該当するものに○印）  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 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 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　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  18.その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 資料等送付先 | 【　　自宅　　・　　勤務先　　】　※いずれかに○印 | | | | |
| 受講料請求先 | 【　　本人　　・　　勤務先　　】　※いずれかに○印 | | | | |
| 加入団体 | 【　日本車椅子シーティング協会　・　日本義肢協会　・　車いすＳＩＧ　・　日本義肢装具士協会　】  ※勤務先や個人が正会員として加入している団体全てに○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：　　　　　　　　　　　　　　　　　福祉用具プランナー認定番号：  ※不明な場合は、空欄のままで構いません。 | | | | |