**２０２４年度 車椅子姿勢保持基礎講習　受講申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日　２０２４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（キャリアメール不可）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. 福祉用具販売事業者　　2．工房　　3．義肢装具製作事業者　　4．福祉用具製造事業者（福祉用具メーカー）  5．福祉用具輸入商社　　6．福祉用具貸与事業者　　7．病院・診療所　　8．リハビリテーションセンター　　9．行政  10．教育・研究機関　 11．障害者施設　　12．高齢者施設  13．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  福祉用具プランナー研究ネットワーク　・　日本車椅子シーティング財団　】  ※勤務先や個人が正会員として加入している団体全てに○印をつけてください | | | | |
| 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。 | | | | |