**２０２５年度 車椅子姿勢保持基礎講習　受講申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日　２０２５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 | ・メインアドレスは動画視聴サイトの登録に使用しますので、個人で受信可能なものとしてください。（複数名で受信や内容の確認が可能なアドレスは不可とします）  ・予備アドレスは、予備や事務連絡用で必要な場合に記入してください。  ・携帯キャリアメール（docomo、softbank、au、ezweb等）のアドレスは不可とします。 | | | | |
| メインアドレス  ※動画視聴用の  個人アドレス | (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。 | | | | |