第１１回 シーティングエンジニア養成講習会および認定試験　受講・受験　申請書

※必要事項および該当する□にチェックを記入してください　　　　　（申請日　2025年　　月　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　　 | （生年月日） |
| 氏名：　　　　　　　　　　 　　男・女 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 申 請 者自宅住所 | 〒　　　　－　　　　　 |
|  |
| 電話連絡先 | 自　宅 | 　　　　－　　　 －　　　　 | 携　帯 | 　　　－　　　－　　　　　 |
| メールアドレス※正確に記入してください | オンデマンド動画視聴用 | ※受講申請者のみ受信可能なアドレスとしてください。　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事務連絡用（必要な場合） | 　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所属先 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－　　　　　 |
| ＴＥＬ | 　　　　－　　　　－　　　　 | ＦＡＸ | 　　　　－　　　　－　　　　 |
| 採型器について | 業務で採型器を使用している | 使用している採型器 | [ ]  ピンドット　KISSシミュレーター[ ]  アシスト　　採型器[ ]  川村義肢　　採型器[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ]  はい ・[ ] 　いいえ |

|  |
| --- |
| ＜ 受講資格確認 ＞　※申込後、**10月27日（月）迄に実務経験事例報告1例の提出が必要**となります。◎ 車椅子・シーティングに関わる実務経験・西暦　　　　　年　　　月　より　2025年10月31日迄 　　　　年 　　　ヶ月　　　・実務…[ ]  製作・[ ]  選定・[ ]  調整・[ ]  適合・[ ]  処方・[ ]  支給判定・[ ]  その他( )　　　・資格…[ ]  医師・[x]  理学療法士・[ ]  作業療法士・[ ]  義肢装具士・[ ]  その他( 　　 )　※**実務および資格は、該当するもの全ての□にチェックを記入**してください。 |
| [ ]  　(公財)テクノエイド協会主催「車椅子姿勢保持基礎講習」修了者[ ]  　(旧)車いす姿勢保持協会ならびに(一社)日本車椅子シーティング協会 主催「車椅子・シーティング基礎（技能者講習会（旧車いす・シーティング技能者講習会）」修了者[ ] 　 (旧)ＮＰＯ法人 福祉用具適合技術協会 開催の「姿勢保持講習会」修了者[ ]  　(一財)啓成会「車いす・シーティング製作技能養成コース」修了者[ ]  　(公財)テクノエイド協会「福祉用具プランナー管理指導者養成研修」修了者※上記研修にて、車椅子・シーティング基礎講習に該当する全科目を履修した者[ ]  　(一社)日本義肢協会主催「座位保持装置製作者認定セミナー」認定試験合格者。[ ] 　下記いずれかの国家資格を有する者[ ] 　医師 ・ [ ] 　理学療法士 ・ [ ] 　作業療法士 ・ [ ] 　義肢装具士

|  |
| --- |
| ※ 上記いずれかの□にチェックを入れ、該当する講習会・セミナーの修了証または認定証、国家資格を有する場合は免許証の写しを本申込書とともにメール添付またはＦＡＸで提出して下さい。 |

 |
| シーティングエンジニア認定試験 | [ ]  受験する　・　[ ]  受験しない |
| 資料等の郵送先 | [ ]  所属先住所宛　・　[ ]  申請者自宅住所宛 |
| 受講料・受験料等の請求先（請求書宛名） | [ ]  所属先宛（[ ]  弁当代のみ個人）　・　[ ]  申請者個人宛 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （協会使用欄） |  | 受付 | 修了証等 | 事例報告 |
| 受講・受験番号 |  |  |  |  |