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・ 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 |  |  |  |  |