

令和6年度 リフトリーダー養成研修

申 込 書

| | | | |
|-----------------|--|-----|-----|
| フリガナ | | | |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日(歳) | 性 別 | 男・女 |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | 日中連絡先 | | |
| | 携帯 | | |
| メールアドレス | メインアドレス | | |
| | 予備アドレス | | |
| 所持資格 (複数回答可) | 1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 介護支援専門相談員 4. 福祉用具専門相談員 5. その他() | | |
| 所属職場 | 1. 老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. 有料老人ホーム 5. その他() | | |
| 職場名 | | | |
| 職場住所 | 〒 | | |
| 職場連絡先 | | | |
| 資料等送付先 | 自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○をつけて下さい) | | |
| リフトインストラクター認定試験 | 『リフトインストラクター認定試験』(どちらかに○をつけて下さい) | | |
| | 受験します 受験しません _____ | | |
| | 再受験の場合は、前回受験番号 _____ | | |

【注意事項】 ※申込書は受講するご本人が記入してください。氏名・フリガナ正しく記入して頂きますようお願い致します。
※開催要綱の内容をご確認・ご了承の上お申し込み下さい。
※申込書は本研修以外の目的では使用致しません。

熊本県福祉介護用品協会
(株)ホワシ 担当 帆鷺輝誌男

*** 申込締切 9月30日(月)**

FAX 096-389-7803