

申込締切日 2024年 10月 31日(木) 必着

2024年度(令和6年度)福祉用具プランナー認定講習 受講申請書

年 月 日

公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿

福祉用具プランナー認定講習の受講を申請します。

フリガナ 氏 名							
生年月日・年齢・性別		西暦	年	月	日生	歳	男・女
現住所		〒					
電話番号		日中連絡先			携帯		
メールアドレス(必須)		メインアドレス					
勤 務 先	フリガナ 名 称						
	住 所	〒					
	TEL・FAX	TEL			FAX		
勤務先業種 (該当するものに✓)		<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与事業者	<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/>	介護実習・普及センター
		<input type="checkbox"/>	福祉用具販売事業者	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	公設展示場
		<input type="checkbox"/>	福祉用具製造事業者	<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	社会福祉協議会
		<input type="checkbox"/>	住宅改修事業者	<input type="checkbox"/>	地域包括支援センター	<input type="checkbox"/>	教育機関
		<input type="checkbox"/>	居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/>	リハビリテーションセンター	<input type="checkbox"/>	行政
		<input type="checkbox"/>	その他の指定居宅サービス事業者	<input type="checkbox"/>	病院・診療所	<input type="checkbox"/>	その他
		※上記で「その他」を選択した方は具体的に内容をご記入ください。					
福祉用具に関連する 従事年数		年(※通算年数)					
主な資格取得状況		資格名				取得日(西暦	年 月 日)
		資格名				取得日(西暦	年 月 日)
		資格名				取得日(西暦	年 月 日)
		資格名				取得日(西暦	年 月 日)
資料等送付先		(自宅・勤務先) ※いずれかに○印					

実務経歴証明書

年 月 日

公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿

〒

住 所 _____

所属先名 _____

代表者名 _____ 印

下記の者の実務経歴は、以下のとおりであることを証明する。

氏 名	
福祉用具に関連する 業務内容	
従事期間	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月 (年 ヶ月間)

※実務経験は通算で2年以上必要です。業務に従事した施設・事業等が複数にわたる場合はコピーしてお使いください。