

年 月 日

## 福祉用具専門相談員受講申込書

ありがとうございます福祉用具専門相談員の受講を申し込みます。

フリガナ		
氏 名		
生年月日	西暦 年 月 日 (満 才)	男・女
自 宅 ご住所	〒 ー	
T E L	( )	
F A X (ある方のみ)	( )	
E-mail アドレス		
携帯番号		
連絡先		
勤務先		
緊急連絡先		
どうやって通われますか？	車 (自分で運転・家族の送迎)・バイク・自転車・徒歩・ 公共の交通機関・その他	
この講座を何で 知りましたか	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> 福祉だより“ほほえみ” <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 紹介( )	

コース / スタート

※感染症拡大の状況、その他の事情により講座の実施が不可能と事務局が判断した場合は、授業が延期となる場合がございますことをご了承ください。その場合、修了日（資格取得日）も延期となります。

(株)QOLサービス

ありがとう養成講座事務局

〒721-0902 広島県福山市春日町浦上 1205

TEL(084)971-7252 FAX(084)948-0641

<提出書類>  
各々で記入の上、提出下さい。

## 福祉用具専門相談員受講希望理由

受講希望理由をご記入の上、申込書と提出して下さい。(字数自由)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

現在仕事をされていますか？	在職中(パート含む)・離職中(退職後1年以内)・無職(1年以上離職)
介護経験はありますか？	( はい ・ いいえ )
はいの方は、どのような介護を経験されましたか？ また、勤務先の病院や施設等、よろしければその名称・職種をご記入下さい。	
福祉用具専門相談員取得後はどうされますか	

／ スタート 福祉用具専門相談員コース

氏名

\_\_\_\_\_