# リフトリーダー養成研修　受講申込書

申込日　　年　　月　　日

公益財団法人テクノエイド協会理事長　殿

リフトリーダー養成研修の受講を申込みます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申込者氏名等 | ﾌﾘｶﾞﾅ<br>氏名 | 生年月日　西暦　　年　　月　　日生<br>満　　歳 | 性別　男・女 |
| | 〒<br>住所　都道府県 | | |
| | 日中連絡先　（　　）　／携帯電話　（　　） | | |
| メールアドレス | 【2つ記入して下さい】メインアドレス未着の際は予備アドレスにご連絡する場合があります。ーハイフン、＿ｱﾝﾀﾞｰﾊﾞｰ、など間違えやすいのでフリガナをつけてください。<br>個人のアドレスをご記入ください。 | | |
| メインアドレス | （フリガナ） | | |
| | | | |
| 予備アドレス | （フリガナ） | | |
| | | | |
| 主たる業務内容に関する資格 | 資格名 | 取得年月日（西暦　　年　　月） | |
| 勤　務　先 | 名称（営業所、支店名等までお書きください）<br>（ﾌﾘｶﾞﾅ） | | |
| | 〒<br>住所　都道府県 | | |
| | TEL　（　　）　／FAX　（　　） | | |
| | （業種・施設種別：該当するものに○印）<br>1. 福祉用具貸与事業者　2.福祉用具販売事業者　3.その他の指定居宅サービス事業者　4.居宅介護支援事業者<br>5.特別養護老人ホーム　6.社会福祉協議会　7.行政　8.介護実習・普及センター　9.高齢者総合相談センター<br>10.病院・診療所　11.リハビリテーションセンター　12.公設展示場　13.福祉用具製造事業者　14.老人保健施設<br>15.介護療養型医療施設　16.住宅改修事業者　17.教育機関<br>18.その他（具体的に　　） | | |
| 資料等送付先 | 【　自宅　・　勤務先　】※いずれかに○印 | | |