

**平成 30 年度リフトリーダー養成研修  
京都会場 申込書**

フリガナ					
氏名					
職場名					
職場住所	〒	-			
職場連絡先	TEL			FAX	
e-mail (携帯不可)					
所持資格 (複数回答可)	1. 福祉用具専門相談員			2. 福祉用具プランナー	
	3. 理学療法士			4. 作業療法士	
	5. 社会福祉士			6. 介護福祉士	
	7. 看護師			8. その他 ( )	
ふくせん会員 有無	全国福祉用具専門相談員協会会員			非会員	
	No				
備考					

**【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・フリガナを正しく記入して頂きますようお願いいたします。
- ※ リフトリーダー養成研修カリキュラムの内容をご確認・ご了承の上お申し込みください。
- ※ 申込書は本研修以外の目的では使用致しません。

事務局：一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会 京都府ブロック事務局  
【有限会社スマイルケア 内】

担当：曾我  
住所：〒617-0833 京都府長岡京市神足麦生 11  
電話：075-951-2340

申込締切：平成 30 年 6 月 15 日（金） 必着

F A X : 0 7 5 - 9 5 5 - 1 8 9 0
---------------------------------