福祉用具専門相談員受講申込書

受付日　令和　　年　　月　　日

コース名	令和　　年　　月　教室	所持資格	□初任者研修　□ヘルパー2級　□無資格 □介護福祉士　□介護支援専門員 □その他（　　）			
ふりがな			生年月日	昭・平　　年　　月　　日　生		
受講者名			西　暦	西暦　　年（必須）		
			性　別	男・女	年齢	
住　所	〒					
電　話			携帯番号			
ＦＡＸ			メール アドレス			
勤務されている方	勤務先		住所　〒 TEL FAX			

事前アンケート

受講目的	□福祉用具事業所に就労のため　□資格取得のため □スキルアップのため　□福祉用具に興味がある　□その他
介護・福祉の経験	□ある　□福祉用具販売事業所　□福祉用具貸与事業所　□介護施設 □通所サービス　□訪問介護　□病院 □ない　□その他
受講に関する連絡先	□自宅　□勤務先
領収証宛先	□自宅　□勤務先
駐車場利用	□利用する　□利用しない

この講座を何で知りましたか？

□ホームページ　□ちらし　□ライナー　□職場　□知人・友人

□その他（　　）

事務局記入欄	受付番号		□法人・　□卒業生　・□学生

郵送及び申し込み先

〒071－1523　東神楽町ひじり野南1条10丁目1番6号　花時計内　大西ケア・アカデミー

講座直通電話　　080－5835－3994（担当　杉山）