**FAX ０７６-４３２-６３０７**

社会福祉法人　富山県社会福祉協議会

富山県介護実習・普及センター　　担当　松田　宛

**移乗支援機器活用推進研修会**

**受 講 申 込 書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | 施設長・管理者名 |
| 住　所 | 〒 | 問合せ担当者 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |

■受講申込者は、下記の項目についてご記入お願いします。

**1施設につき２名まで申込とさせていただきます。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者 |  |  |
|  |  |
| 性別 ／ 年齢 | 男　・　女　　（　　　　）歳 | 男　・　女　　（　　　　）歳 |
| 職種（保有資格） | 介護福祉士　・　看護師　・　理学療法士  作業療法士　・　福祉用具専門相談員  その他（　　　　　　　　　　　　　　）  経験年数（　　　　年　　　月） | 介護福祉士　・　看護師　・　理学療法士  作業療法士　・　福祉用具専門相談員  その他（　　　　　　　　　　　　　　）  経験年数（　　　　年　　　月） |
| 職場での役職 |  |  |
| 希望コース | **いずれかのコースを〇で囲んでください。（申込先着順となります。）**  **第1希望：Ａコース　・　Ｂコース**  **第2希望：Ａコース　・　Ｂコース**  **Ａコース：**　10：00～14：10（途中、昼休憩をはさみます）  **Ｂコース：**  13：00～16：10 | |