

..... 申 込 書

令和 年 月 日

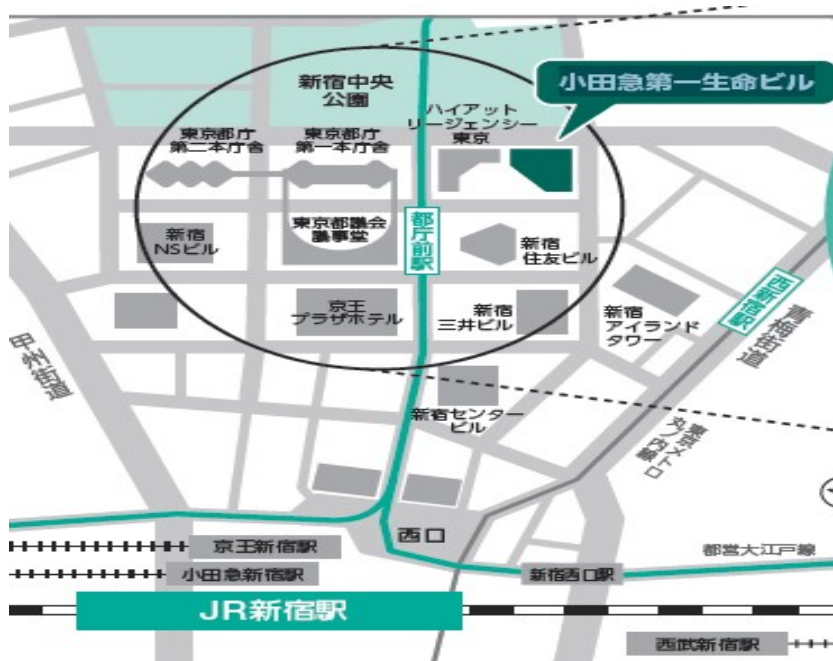
*福祉用具サービス業務従事者講習会（演習型）
【福祉用具利用のためのアセスメントとプランニング】 に申込みます。

ふりがな	
氏 名	
◎注意：連絡先は「受講決定通知」の送付先です。職場にされた方は、必ず事業所名も記載してください。	
連絡先	住所 (〒 -) 事業所名：
	TEL/FAX TEL : FAX :

*申込みにかかる個人情報については、ご本人の同意なしに本研修の事務以外には使用いたしません。

締切り日：令和2年10月5日（月曜日）

<案内図>



《送付先》

(公財) 東京都福祉保健財団 福祉情報部
福祉情報室 地域支援担当
〒163-0719 新宿区西新宿 2-7-1
小田急第一生命ビル19階
FAX : 03-3344-8594

《交通案内》

- * JR各線「新宿駅」西口から徒歩10分
- * 東京メトロ丸ノ内線「西新宿駅」徒歩8分
- * 都営大江戸線「都庁前駅」徒歩5分