**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/MAIL** | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：MAIL： |

\*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。

\*請求書の発行を希望される場合は、（０３―３３４４―８５１４）まで御連絡ください。

**締切り日：令和４年１０月４日（火曜日）**

＜案内図＞

≪送付先≫

（公財）東京都福祉保健財団　福祉情報部

**《交通案内》**

＊都営大江戸線「都庁前駅」徒歩５分

＊東京メトロ丸ノ内線「西新宿駅」徒歩８分

＊各線「新宿駅」西口から徒歩１０分

　福祉人材対策室　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：03-3344-8531

MAIL：yougumoushikomi@fukushizaidan.jp