**◆本申込書をFAX又はメールにてお送りください。**

**FAX：03-3344-8531**

**メール：yougumoushikomi@fukushizaidan.jp**

**福祉用具専門相談員指定講習会受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 必須 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 昭和平成 | 年　　月　　日 |
| ①　ご　自　宅 | 住所 | 〒 |
| 電話 |  |  | (FAX) |  |
| メールアドレス |  |
| 任意 | ②　勤　務　災　等 | 所在地 | 〒 |
| 名称 |  |
| 電話 |  |  | (FAX) |  |
| メールアドレス |  |
| 受講決定通知書はご自宅へ送付いたします。特に会社への送付を希望する場合右の□にチェック（✓）してください。 | [ ]  |
| ※本講習を知ったきっかけを教えてください（任意回答）。※□にチェック（✓）してください[ ] インターネット検索　　[ ] 福ナビ・メルマガ　　[ ] かいてき便り　　[ ] ふくむすび　　[ ]  WAM NET　 [ ] シルバー新報　　[ ] ふくせん（全国福祉用具専門相談員協会）　　[ ] CMAT　　 [ ] 区市町村窓口　[ ] 学校　　[ ] しごとセンター　　[ ] ハローワーク　　[ ] FAX　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| **【個人情報の取り扱いについて】**ご記入いただきました個人情報は、本講習の開催、運営に必要な範囲に限り使用いたします。なお、講習修了の際は、引き続き修了者名簿において制度運営に必要な情報を管理いたします。 |

|  |
| --- |
| **東　京　都　福　祉　保　健　財　団　使　用　欄** |
| **受付日** | **令和　５　年　　　月　　　日** | **番号** | **ZHP** |  |  |