公益財団法人東京都福祉保健財団　福祉情報部福祉人材対策室　地域支援担当　行

下記のとおり申込みます。

●**希望内容（①又は②のどちらかに○をつけてください。）**

①福祉用具全般を体験する

②希望の福祉用具のみ体験する⇒　車いす　／　介護ベッド　／　歩行補助具（杖・歩行器・歩行車）

**希望の用具に〇をつけてください。**　　　　　リフト　／　スライディングボード・スライディングシート

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●具体的に知りたいことがあればご記入ください。**

　 ●**福祉用具に関する制度の講習は必要ですか？（5分程度）　⇒　　　必要　　・　　不要**

●**受講希望日、人員**

令和　　　年　　　月　　　日（　　）曜日　　　時　　分　～　　　時　　分　　　　　受講者　　　　名

**●希望コース**（下記のコースのうち、希望コースに☑してください）

□１時間コース　　□２時間コース　　□３時間コース　　□２０分コース（原則1名）

●**受講料金**　　　　　　　　円　（　　　　　　円　×　　　　名分）

**（１名につき：①１時間：８００円　②２時間：１，３００円　③３時間：１，８００円　④２０分：無料）**

　※引率のみで、体験されない方の受講料は不要です。

●**ご連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団　　体　　名 |  | 担　当　者 |  |
| 連絡先住所 | 〒 | | |
| 電　話　番　号 |  | | |
| Eメールアドレス | ＠ | | |

＊お申込みに伴う個人情報は受講に伴う諸連絡や受講料ご入金確認以外に使用することはございません。

　●本講習会をお知りになったきっかけを教えてください。

　　□財団HPを見た　　　□郵送の通知　　　　　□知人からの紹介　　　□過去に受講したことがある

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【問い合わせ・申込先】

（公財）東京都福祉保健財団 福祉情報部福祉人材対策室地域支援担当

電話：０３－３３４４－８５１４ メール：yougumoushikomi@fukushizaidan.jp