

特定非営利活動法人 さざなみの会 福祉用具専門相談員指定講習会 受講申込書

申込日：令和 年 月 日

特定非営利活動法人 さざなみの会行き

FAX 0985-29-8346

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名	①	男・女	昭和・平成 年 月 日	歳
現住所	(〒 -)			
連絡先 *確実に連絡が取れる番号をお知らせ下さい。	ご自宅/携帯電話			
	その他連絡先			
職業	*いずれかに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与、販売従業者(勤務先名:) <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職			
受講料入金者	*いずれかに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 申込者本人 <input type="checkbox"/> 勤務先(振込名義:) <input type="checkbox"/> その他			

*後日、当法人より受講決定通知書を現住所に郵送させていただきます。その際に、受講料納付に関するご案内をさせていただきます。

*個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、研修以外の目的には使用いたしません。