

平成29年度潤和会福祉用具専門相談員指定講習会受講申込書

送信先:潤和リハビリテーション診療研究所 行
(FAX 0985-47-5386)

1. お名前 ふりがな _____ (男・女)

生年月日 昭・平 年 月 日

2. ご住所 〒 _____

自宅電話番号 _____

携帯番号 _____

※受講案内等は2の住所に送付します。

3. 所属事業所等あればご記入下さい。

事業者名 _____

ご住所 〒 _____

電話番号 _____

4. テキスト ①新訂 福祉用具専門相談員研修テキスト 申し込む・申し込まない
②福祉用具サービス計画作成ガイドブック 申し込む・申し込まない

＜注意＞ふりがな・郵便番号等の記入漏れのないようにお願いします。