

申込み締切日 8月31日 金曜日

ファックス 0947-42-2286 (NPO福祉用具ネット) 又は郵送でお申込み下さい。

平成30年度 「抱え上げない介護技術をあたり前のケアに！第2弾」

第一部 (9月15日 土曜日) 申し込み用紙

申込日 平成30年 月 日

申込者 の お名前	ふりがな _____		職種 ( _____ )		
	お名前 _____		性別 男 女		
	団場で複数の方が受講される場合は以下にお名前と職種をご記入下さい。				
	お名前	ふりがな _____	性別 _____	職種 _____	_____
	お名前	ふりがな _____	性別 _____	職種 _____	_____
	お名前	ふりがな _____	性別 _____	職種 _____	_____
自宅又 は職場 の連絡 可能な 住所をお 書き下さ い。	( 自宅又は職場 ) 住所 〒 _____				
	電話( _____ ) FAX ( _____ ) 連絡可能な時間もご記入下さい。( _____ )				
	事業所・施設・病院等の名称 _____				
職種	電話( _____ ) FAX ( _____ )				
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> FJCコーディネーター <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 福祉用具プランナー <input type="checkbox"/> 相談員( _____ ) <input type="checkbox"/> 学生(学校名 _____ ) <input type="checkbox"/> 経営者( _____ ) <input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター <input type="checkbox"/> 行政職 <input type="checkbox"/> 在宅介護者 <input type="checkbox"/> 病院・施設事務職 <input type="checkbox"/> 上記に該当しない場合は具体的に ( _____ )				
会員 区別	<input type="checkbox"/> 個人正会員				
	<input type="checkbox"/> 団体正会員(団体名 _____ )				
	<input type="checkbox"/> 30年度からの新規会員申込み予定 (個人・団体)				
	<input type="checkbox"/> 非会員				

送付先(お問い合わせ先) 〒825-8585 福岡県田川市大字伊田4395番地 福岡県立大学内  
特定非営利活動法人 NPO 福祉用具ネット 事務局宛  
電話/ファックス 0947-42-2286