

# 令和7年度 リフトリーダー養成研修

## 申 込 書

フリガナ			
氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)	性 別	男・女
自宅住所	〒		
電話番号	日中連絡先		
	携帯		
メールアドレス	メインアドレス		
	予備アドレス		
所持資格 (複数回答可)	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 介護支援専門相談員 4. 福祉用具専門相談員 5. その他( )		
所属職場	1. 老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. 有料老人ホーム 5. その他( )		
職場名			
職場住所	〒		
職場連絡先			
資料等送付先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○をつけて下さい)		
リフトインストラクター認定試験	『リフトインストラクター認定試験』(どちらかに○をつけて下さい)		
	受験します                      受験しません _____		
	再受験の場合は、前回受験番号 _____		

【注意事項】 ※申込書は受講するご本人が記入してください。氏名・フリガナ正しく記入して頂きますようお願い致します。  
※開催要綱の内容をご確認・ご了承の上お申し込み下さい。  
※申込書は本研修以外の目的では使用致しません。

(一社)熊本県福祉介護用品協会  
担当 帆鷺輝誌男

**\* 申込締切 7月18日(金)**

**FAX 096-389-7803**