

F A X 送信状
F A X 079-662-9959

締切り：平成29年12月1日（金） 17:00
福祉用具研修会受講申込書
参加申込書（定員20名）

ふりがな				性別 男・女
お名前				
職種				
役職名(あれば)				
経験年数				
勤務先名称 及び連絡先	勤務先名称			
	連絡先	TEL ()	—	
		FAX ()	—	

〈研修受講に当たり以下のアンケートにお答え下さい〉

①腰痛予防のための福祉用具の使用について(当てはまるところに○を記入)

		リフト	スライディング ボード	スライディング シート	スライディング グローブ
使用経験	ある				
	ない				
施設備品	ある				
	ない				
使用したい用具					

②自身の腰痛について

腰痛の有無	あり	なし
「あり」とお答えの方 どんなときに腰痛がありますか？(例 入浴介助の〇〇のときなど)		
〈自由筆記〉		

※複数の方が申込みされる場合はコピーしてお使い下さい

※参加希望者多数の場合、1施設あたりの参加者人数を制限する場合がございます。

受講をお断りする場合は、12月4日（月）17:00までに御連絡いたします。

連絡がない場合は受講いただけません。