

協会確認欄		
-------	--	--

日本介護予防指導者協会 介護予防指導者 養成講習会 受講申込書

下記の事項をご記入下さい。*記載頂いた個人情報については、指導者養成講習に関する以外は使用致しません。

記入日 年 月 日

受講される講習会をご記入下さい。

受講申し込み 講習会名	日 程 (確認のためご記入下さい)
第 回 指導者養成講習会	月 日 () ~ 日 ()

必要事項をご記入下さい。(認定登録の際に必要な情報となりますのではつきりご記入をお願い致します)

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	昭和 年 月 日 西暦 (年)
住 所	〒 -		
電話番号 1	- -	電話番号 2	(お勤め先・携帯等) - -
職 制	1. 医療職 2. 介護職 3. 事務職・管理職 4. 運動指導職 5. その他		
E-mail (パソコン用)	*日本介護予防指導者協会よりの情報をお送りしてよろしいでしょうか?(はい・いいえ)		

受講対象資格 *(講習会、初日に資格証のコピーを提出下さい)	<p>お持ちの資格を で困ってください</p> <p>1. 看護師 2. 准看護師 3. 保健師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 柔道整復師 7. あん摩マッサージ指圧師 8. 鍼師 9. 灸師 10. 介護福祉士 11. 介護支援専門員 12. 社会福祉士 13. 健康運動指導士 14. 健康運動実践指導者 15. 訪問介護員 1 級 16. 訪問介護員 2 級 17. 福祉施設、高齢者施設での実務経験 2 年以上の者</p> <p>* 17. の方は実務経験証明書をご提出下さい。</p>
-----------------------------------	---

受講対象アンケート (講習会に期待されること等ありましたらご記入下さい)	
---	--

お申し込み先 日本介護予防指導者協会 事務局

FAX 06 - 6445 - 0297 TEL 06-6441-0815

受付時間 平日 午前 10 時 ~ 午後 6 時 (受付時間外でもファックスは可能です)
* お申込書を提出後、郵送にて要項及び受講費のお振込みについてお知らせ致します。
* 事前にお電話にて空き状況をご確認下さい。