

平成21年度 可搬型階段昇降機安全指導員研修受講申込書

財団法人テクノエイド協会理事長 殿		平成 年 月 日
階段昇降機安全指導員研修の受講を申込みます。		
申込者氏名等	フリガナ 氏名	性別 男・女
	〒 住所	年齢 歳
	TEL : () / FAX : ()	
勤務先	名称	
	〒 住所	
	TEL : () / FAX : ()	
勤務先での 業務内容と 従事期間	・福祉用具に関連する主な業務内容(該当するものにレ点、複数選択可) 選定・適合 営業 事務 消毒・メンテナンス 搬出入 ・従事期間 (昭和・平成 年 月 ~ 現在)	
車いすの取扱い 及び 移乗介助に関する 資格取得の状況 ・) ~) の いずれかにレ点 {メーカー研修を 受講済の方は 記入不要})福祉用具プランナー)福祉用具選定士)介護実習・普及センター等主催の「車いす」及び「移乗」関連の研修会を受講)その他 ()	
	・主催 () _____年__月__日 ・主催 () _____年__月__日	
	注) 主催者名と資格取得日もしくは研修受講日を記入	
受講形態 ・) ~) の いずれかにレ点) 機種別研修と基礎研修を受講する	
) 基礎研修のみ受講する	
	メーカー研修受講年月日 _____年__月__日 メーカー名【 _____】 (メーカー研修を受講済の方) 機種名【 _____】	
機種別研修を 受講する メーカー (機種名) ・受講形態に おいて) を 選んだ方は 記入不要	ナブテスコ(株)	
	機種名【 _____】	受講(予定)日 _____年__月__日
	(株)アルバジャパン	
	機種名【 _____】	受講(予定)日 _____年__月__日
	(株)TSテクノロジー	
機種名【 _____】	受講(予定)日 _____年__月__日	
(株)サンワ		
機種名【 _____】	受講(予定)日 _____年__月__日	
基礎研修受講 希望会場 (第二希望まで記入)	《第一希望》	
	会場名 ()	受講(予定)日 _____年__月__日
	《第二希望》	
会場名 ()	受講(予定)日 _____年__月__日	

機種別研修・・・可搬型階段昇降機の操作方法・指導方法の実技研修

基礎研修・・・可搬型階段昇降機を提供する上で必要な知識を学ぶ座学及び修了試験

メーカー研修とは・・・2009年3月31日迄にメーカー等が貸与事業者に対して実施した操作訓練

申込書の提出は原則として受講対象機器メーカーへお願い致します

実務経歴証明書

平成 年 月 日

財団法人 テクノエイド協会理事長 殿

〒
住 所
所属先名
代表者名

印

下記の者の実務経歴は、以下のとおりであることを証明する。

氏 名	
福祉用具に関連する業務内容	
従事期間	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 (年 ヶ月間)

実務経験は通算で2年以上必要です。業務に従事した施設・事業等が複数にわたる場合はコピーしてお使いください。