

《徳島県指定》「福祉用具専門相談員指定講習」

＜令和4年度①回目(第60回)募集案内＞

- ＜特色1＞本指定講習は、平成27年度、改正された「**新カリキュラム・新修了評価内容**」で開催致します。
 ＜特色2＞本講習は年**3回**開講。併い、万一欠席された場合等、「**補講**」が容易です。(次回**無料**補講)

様式 2020.9

主催者	株式会社 総合医療 〒771-0201 徳島県板野郡北島町北村字東蛭子 88 番地 5 TEL(088)661-6027 FAX(088)661-6028	
＜開講要綱・募集要領＞		
開講日程	令和4年5月2日～7日(連続6日間) 5/2・3・4・5・6・7(月火水木金土)	初日 09:00-19:00※初日 8:30 厳守 以降 09:00-19:00 最終 09:00-17:00※最終日 17:00
受講要領 未講科目補講	①講義・演習 50 時間修了→②修了試験・合格(30 問 1 時間)→③修了証書交付 ※欠席等、未講科目補講(年 3 回実施の内、何れかで無料補講)、受講日より 1 年間有効。	
＜留意事項＞	平成26年介護保険改正により、平成 27 年 4 月 1 日より、福祉用具専門相談員の要件は、『福祉用具に関する知識を有している国家資格保有者』および『福祉用具専門相談員指定講習修了者』に限定されることとなりました。	
受講定員・資格	20 名(定員になり次第締め切り)。15 歳以上の男女で、どなたでも受講できます。	
受講費用	43,000 円(テキスト・消費税込)(注)受講開始後の受講費用は、理由の如何を問わず返還いたしません。	
受講申込	下記「受講申込書」にご記入の上送信下さい。受講状況確認後「 受講決定通知 」を送付致します。	
受講費支払 口座番号等	(注)弊社より「受講決定通知」をご確認後、 開講 7 日前 までに、下記名義、銀行口座にお振込み下さい。 ■香川銀行 鳴門支店(普通)1255491 ■株式会社総合医療 代表取締役 國見朋弘	
受講場所	 <p style="text-align: center;">＜駐車方法についてお願い＞ ※来られた方から順に奥から縦列駐車して下さい。 ＜遠方から受講される皆様方へ＞ ※弊社近隣のビジネスホテルです。車で約 5 分程です。各位にてお手配下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●イセヤ INN 徳島:088-699-5885 ●ニュースカイルート:88-699-3988 ●ポケット:088-699-2222 ●ホテルソラエ:088-699-7137 	

FAX 受講申込欄 **088-661-6028** 記載の上、切取らずこのまま送信下さい。

受講申込等	年 月 日		※複数名受講の方は、本用紙をコピーして下さい。		
ふりがな 受講者氏名			印	生 年月日	昭和・平成 年 月 日
受講者住所	〒	県	郡・市	町・村	字
		丁目	番地	(アパート・マンション名	号)
受講者連絡	電話		携帯		
事業者名			ご担当者:		
事業者住所	〒				
事業者連絡	電話		FAX		

《徳島県指定》「福祉用具専門相談員指定講習」

＜令和4年度②回目(第61回)募集案内＞

- ＜特色1＞本指定講習は、平成27年度、改正された「**新カリキュラム・新修了評価内容**」で開催致します。
 ＜特色2＞本講習は年**3回**開講。併い、万一欠席された場合等、「**補講**」が容易です。(次回**無料**補講)

様式 2020.9

主催者	株式会社 総合医療 〒771-0201 徳島県板野郡北島町北村字東蛭子 88 番地 5 TEL(088)661-6027 FAX(088)661-6028	
＜開講要綱・募集要領＞		
開講日程	令和4年9月9日～25日(7日間) 9月9・10・11(金土日)、17・18、24・25 (土日)	初日 09:00-18:00※初日 8:30 厳守 以降 09:00-18:00※9/11(16時)9/24(17時) 最終 09:00-16:40※最終日 16:40
受講要領 未講科目補講	①講義・演習 50 時間修了→②修了試験・合格(30 問 1 時間)→③修了証書交付 ※欠席等、未講科目補講(年 3 回実施の内、何れかで無料補講)、受講日より 1 年間有効。	
＜留意事項＞	平成26年介護保険改正により、平成 27 年 4 月 1 日より、福祉用具専門相談員の要件は、『福祉用具に関する知識を有している国家資格保有者』および『福祉用具専門相談員指定講習修了者』に限定されることとなりました。	
受講定員・資格	20 名(定員になり次第締め切り)。15 歳以上の男女で、どなたでも受講できます。	
受講費用	43,000 円(テキスト・消費税込)(注)受講開始後の受講費用は、理由の如何を問わず返還いたしません。	
受講申込	下記「受講申込書」にご記入の上送信下さい。受講状況確認後「 受講決定通知 」を送付致します。	
受講費支払 口座番号等	(注)弊社より「受講決定通知」をご確認後、開講 7 日前 までに、下記名義、銀行口座にお振込み下さい。 ■香川銀行 鳴門支店(普通)1255491 ■株式会社総合医療 代表取締役 國見朋弘	
受講場所	 <p style="text-align: center;">＜駐車方法についてお願い＞</p> <p>※来られた方から順に奥から縦列駐車して下さい。</p> <p style="text-align: center;">＜遠方から受講される皆様方へ＞</p> <p>※弊社近隣のビジネスホテルです。車で約 5 分程です。各位にてお手配下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●イセヤ INN 徳島:088-699-5885 ●ニュースカイルート:88-699-3988 ●ポケット:088-699-2222 ●ホテルソラエ:088-699-7137 	

FAX 受講申込欄 **088-661-6028** 記載の上、切取らずこのまま送信下さい。

受講申込等	年 月 日		※複数名受講の方は、本用紙をコピーして下さい。		
ふりがな 受講者氏名			印	生 年月日	昭和・平成 年 月 日
受講者住所	〒	県	郡・市	町・村	字
	丁目		番地	(アパート・マンション名	号)
受講者連絡	電話	携帯		※受講者の住民票の住所を記載下さい。	
事業者名	ご担当者:				
事業者住所	〒				
事業者連絡	電話	FAX			

《徳島県指定》「福祉用具専門相談員指定講習」

＜令和4年度③回目(第62回)募集案内＞

- ＜特色1＞本指定講習は、平成27年度、改正された「**新カリキュラム・新修了評価内容**」で開催致します。
- ＜特色2＞本講習は年**3回**開講。併い、万一欠席された場合等、「**補講**」が容易です。(次回**無料**補講)

様式 2020.9

主催者	株式会社 総合医療 〒771-0201 徳島県板野郡北島町北村字東蛭子 88 番地 5 TEL(088)661-6027 FAX(088)661-6028	
＜開講要綱・募集要領＞		
開講日程	令和5年2月10日～26日(7日間) 2月10・11・12(金土日)、18・19、25・26 (土日)	初日 9:00-18:00※初日 8:30 厳守 以降 9:00-18:00※2/12(16時)2/25(17時) 最終 09:00-16:40※最終日 16:40
受講要領 未講科目補講	①講義・演習 50 時間修了→②修了試験・合格(30 問 1 時間)→③修了証書交付 ※欠席等、未講科目補講(年 3 回実施の内、何れかで無料補講)、受講日より 1 年間有効。	
＜留意事項＞	平成26年介護保険改正により、平成 27 年 4 月 1 日より、福祉用具専門相談員の要件は、『福祉用具に関する知識を有している国家資格保有者』および『福祉用具専門相談員指定講習修了者』に限定されることとなりました。	
受講定員・資格	20 名(定員になり次第締め切り)。15 歳以上の男女で、どなたでも受講できます。	
受講費用	43,000 円(テキスト・消費税込)(注)受講開始後の受講費用は、理由の如何を問わず返還いたしません。	
受講申込	下記「受講申込書」にご記入の上送信下さい。受講状況確認後「 受講決定通知 」を送付致します。	
受講費支払 口座番号等	(注)弊社より「受講決定通知」をご確認後、開講 7 日前までに、下記名義、銀行口座にお振込み下さい。 ■香川銀行 鳴門支店(普通)1255491 ■株式会社総合医療 代表取締役 國見朋弘	
受講場所	 <p style="text-align: center;">＜駐車方法についてお願い＞ ※来られた方から順に奥から縦列駐車して下さい。 ＜遠方から受講される皆様方へ＞ ※弊社近隣のビジネスホテルです。車で約 5 分程です。各位にてお手配下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●イセヤ INN 徳島:088-699-5885 ●ニュースカイルート:88-699-3988 ●ポケット:088-699-2222 ●ホテルソラエ:088-699-7137 	

FAX 受講申込欄 **088-661-6028** 記載の上、切取らずこのまま送信下さい。

受講申込等	年 月 日		※複数名受講の方は、本用紙をコピーして下さい。		
ふりがな 受講者氏名			印	生 年月日	昭和・平成 年 月 日
受講者住所	〒	県	郡・市	町・村	字
		丁目	番地	(アパート・マンション名	号)
受講者連絡	電話		携帯		
事業者名			ご担当者:		
事業者住所	〒				
事業者連絡	電話		FAX		