

リフトリーダー フォローアップ研修 「基礎編 リフト実技復習」

過去にリフトリーダー養成研修を受講された後、実際にリフトを使用する機会が少なく、実技に不安を感じている方に対し、「リフト実技の復習」の講習を行います。

リフトインストラクター 再試験

過去にリフトインストラクター試験を受験された方で、もう一度試験だけを受験したい方へのご案内です。過去の判定で初級・中級の方を対象とします。上級を目指して再受験してみませんか。

日時

令和 7 年 7 月 3 日 (木)
9:45 ~ 16:10

令和 7 年 7 月 2 日 (水) 17:00 ~ (筆記試験)
7 月 3 日 (木) 16:10 ~ (実技試験)

会場

高崎市総合福祉センター 会議室 1
群馬県高崎市末広町 115-1

受講料

2,000 円 (税込)

2,000 円 (税込)

申込締切

令和 7 年 6 月 10 日 (火) *定員 (全体で 25 名) に達し次第、締切とさせていただきます。

申込先

特定非営利活動法人 日本アビリティーズ協会
リフトリーダー養成研修実施事務局 担当/白石、山田
(アビリティーズ・ケアネット (株) アビリティーズとちぎ内)
栃木県栃木市今泉町 1-5-11
TEL 0282-29-1025 FAX 0282-28-0262

*過去にリフトリーダー養成研修を受講された方が対象となります。申込時に、前回受講した際に受領した修了証の番号をお知らせください。不明の場合は前回受講された団体に直接確認してからお申込みください。
※受講に際し、テキストは配布しません。

*過去にリフトインストラクター試験を受講された方が対象となります。申込時に、前回受験した内容がわかるもの (受験地、試験回次、受験番号) 等をお知らせください。不明の場合は JASPA 介護リフト普及協会に直接確認してからお申込みください。
※原則として筆記試験と実技試験を受験していただきます。事情により、いずれかの試験のみ受験する場合は、お問合せください。

申込方法

右記ホームページ内、『申込フォーム』からお申込みください。
申込フォームに入力できない場合は、裏面の申込書にて FAX、またはメールでも受付しております。

*お申込後 2 ~ 3 営業日以内に、登録いただいたメールアドレス宛に受付完了メールを送信いたします。メールが届かない場合は受付されておりませんので、電話にてご連絡ください。

*開催決定のお知らせは 6 月 10 日前後、登録いただいたメールアドレスへのメール送信、ならびにアビリティーズのホームページ内でご案内いたします。

申込フォームは
こちらから



【実施機関】



特定非営利活動法人 日本アビリティーズ協会
東京都渋谷区代々木 4-30-3 新宿ミッドウエストビル
<https://www.abilities.jp/>

【共 催】



特定非営利活動法人 とちぎノーマライゼーション研究会
栃木県宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内
<https://www.normalization.jp/>

FAX の場合は下記①～⑥を記入、メールの場合はメール本文に下記①～⑥を入力し、

FAX 0282-28-0262

メール shiraishit@abilities.jp に送信してください。

リフトリーダー フォローアップ研修／リフトインストラクター再試験 受講申込書

公益財団法人テクノエイド協会 殿		申込日		年	月	日
①申込内容		<input type="checkbox"/> リフトリーダーフォローアップ研修 <input type="checkbox"/> リフトインストラクター再試験 の受講を申込みます。				
*希望する内容にチェックを入れてください。研修、再試験とも受講の場合は両方の□にチェックを入れてください。						
②受講条件 *前回受講された内容を記入してください。 フォローアップ研修ご希望の方／修了証番号 インストラクター再試験をご希望の方／前回の受験地、試験回次、受験番号		修了証番号		前回の受験地		
		試験回次		受験番号		
③申込者氏名等		(フリガナ) 氏名		生年月日		西暦 年 月 日生
				満 歳		性別 男・女
		住所 〒 都道 府県				
		繋がりやすい電話番号 ()				
④メールアドレス 【2つ記入してください】 メインアドレス未着の際は予備アドレスにご連絡する場合があります。 一ハイフン、二アンダーバー、など間違えやすいのでフリガナをつけてください。		メインアドレス		(フリガナ)		
		予備アドレス (あれば)		(フリガナ)		
⑤主たる業務内容 に関する資格		資格名		取得年月日 (西暦 年 月 日)		
⑥勤 務 先		(フリガナ) 名称				
		住所 〒 都道 府県				
		TEL ()		FAX ()		
		(業種・施設種別：該当するものに○印) 1. 福祉用具貸与事業者 2. 福祉用具販売事業者 3. その他の指定居宅サービス事業者 4. 居宅介護支援事業者 5. 特別養護老人ホーム 6. 社会福祉協議会 7. 行政 8. 介護実習・普及センター 9. 高齢者総合相談センター 10. 病院・診療所 11. リハビリテーションセンター 12. 公設展示場 13. 福祉用具製造事業者 14. 老人保健施設 15. 介護療養型医療施設 16. 住宅改修事業者 17. 教育機関 18. その他 (具体的に：)				

*個人情報の取扱いについて 実施機関：特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会、ならびに、共催：特定非営利活動法人とちぎノーマライゼーション研究会は、公益財団法人テクノエイド協会の個人情報保護方針を遵守いたします。ご記入いただいた個人情報は、資料送付の目的以外には使用いたしません。なお、取得・保有した個人情報については漏洩等のないよう適切な保護措置を講じます。