済生会熊本病院　教育・研究部　人材開発室　宛

（hrd@saiseikaikumamoto.jp　までお送りください。）

**認定理学療法士　臨床認定科目受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 分野 | 循環 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 登録理学療法士 | 登録理学療法士であることが必要です。登録理学療法士ですか？　　　はい　　・　　いいえ |
| 所属医療機関名 |  |
| 所属部署 |  |
| 住所 |  |
| TEL |  |
| 連絡先 | TEL　　 |
| e-mail　 |
| 書類等郵送先 | 原則、所属医療機関へ郵送します。医療機関以外をご希望の場合は、下記へ郵送先住所をご記載ください。 |
| 〒 |
| 理学療法士経験年数 |   |
| 資格（学会等） |  |

････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････

（研修機関記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |