

厚生労働省指定 臨床実習指導者講習会(都道府県講習会)参加申込書(記入例)

生年月日は西暦で記載下さい

フリガナ	トクシマ サギョウ	生年月日	職種	会員番号	所属県士会
氏名	徳島 作業	1990年4月1日	OT・PT	11111	徳島県

*非会員は会員番号の欄に非会員と記載し、下記の作業療法士・理学療法士免許欄に記載してください。

作業療法士・理学療法士免許	
名簿登録番号	名簿登録年月日

所属施設名:一般社団法人 徳島県作業療法士会

対象疾患:脳血管疾患

記入例)整形、小児、精神障害など

連絡先(メールアドレス):tokusima@ot.com

実務履歴:

就職年月	就職先・所属
2011年 4月	医療法人 ○○病院
2015年 4月	介護老人保健施設 ○○○
2020年 4月	○○○○○専門学校
年 月	
年 月	

就職年月は西暦で記載下さい

実務経験年数: 9年

	1月23・24日	2月23日・27日	3月20日21日
参加希望日時	第2希望	第1希望	第3希望

※各開催日の下に第1～第3希望までご記入下さい。

※受講可になった参加者は、参加 申込用紙に記載頂いている名前(漢字)がそのまま、修了証に記載されますので、誤字等がないよう正確にご記入下さい。