

令和6年度 臨床実習指導者講習会【令和7年(2025年)3月開催】申し込み用紙
令和6年 月 日

1. 施設名 _____
2. 施設住所 _____
3. 申込代表者名 _____
4. 申込代表者 E-mail _____
5. 申込代表者電話番号 _____

6. 【茨城県外の施設の場合のみ】

受講推薦をうけた茨城県内養成校に、○をご記入ください。

また、受講推薦を確認された担当者の名前を () 内にご記入ください。

【アール医療専門職大学、茨城県立医療大学、筑波技術大学、
つくば国際大学、水戸メディカルカレッジ】(担当者名 : _____)

***選考の上、受講対象者には、申込代表者に連絡をいたしますので、必ず連絡がとれる連絡先をご記入願います**

受講希望者(1施設当たりの申し込み人数の上限はございません。受講可能となった場合、必ず受講可能な方のみ申し込みをお願いします。複数名の申込の場合、受講希望を優先する者を、下記申込名簿の上位に記載をお願いします。)

番号	氏名	フリガナ	実務 経験 年数	茨城県 PT 士会員 の有無	理学療法士/ 作業療法士 免許取得年月日 (西暦)	職種
1			年	有・無		理学療法士 作業療法士
2			年	有・無		理学療法士 作業療法士
3			年	有・無		理学療法士 作業療法士
4			年	有・無		理学療法士 作業療法士
5			年	有・無		理学療法士 作業療法士
6			年	有・無		理学療法士 作業療法士

申込締め切り ; 令和6年11月25日(月) 正午 (必着)