公益社団法人茨城県理学療法士会事務局 河野　宛て
FAX；029-353-8475　（送信票不要）

令和８年度 臨床実習指導者講習会【令和９年（２０２７年）２月開催】申し込み用紙

令和８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、〇をご記入ください。
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の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８年１１月２５日(水)　12 時（必着）