

令和元年度 臨床実習指導者講習会

(令和2年11月14.15日開催) 申し込み用紙

令和2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 \_\_\_\_\_

**\*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、最大3名まで)

| 番号 | 氏名 | フリガナ | 実務経験<br>年数 | 茨城県 PT<br>士会員<br>の有無 | 理学療法士/<br>作業療法士<br>免許取得<br>年月日<br>(西暦) | 職種<br>(○で囲んで<br>ください) |
|----|----|------|------------|----------------------|--|-----------------------|
| 1  |    |      | 年          | 有・無                  |  | 理学療法士<br>作業療法士        |
| 2  |    |      | 年          | 有・無                  |  | 理学療法士<br>作業療法士        |
| 3  |    |      | 年          | 有・無                  |  | 理学療法士<br>作業療法士        |

申込締め切り ; 令和2年9月30日(水) (必着)