

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 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 (○で囲んで ください)
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

申込締め切り ; 令和2年9月30日(水) (必着)