

令和2年度 臨床実習指導者講習会

(令和3年2月13.14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	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

申込締め切り ; 令和2年12月21日(月) (必着)