

令和 3 年度 臨床実習指導者講習会

【第 2 回 (12 月開催) および第 3 回 (2 月開催)】申し込み用紙

令和 3 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。

【アール医療福祉専門学校、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、最大 6 名 (各実施回最大 3 名まで) までとし、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	希望講習会 (希望する回のどちらか 1 つに○を記入 各回最大 3 名まで)
1			年	有 ・ 無		理学療法士 作業療法士	第 2 回 ・ 第 3 回
2			年	有 ・ 無		理学療法士 作業療法士	第 2 回 ・ 第 3 回
3			年	有 ・ 無		理学療法士 作業療法士	第 2 回 ・ 第 3 回
4			年	有 ・ 無		理学療法士 作業療法士	第 2 回 ・ 第 3 回
5			年	有 ・ 無		理学療法士 作業療法士	第 2 回 ・ 第 3 回
6			年	有 ・ 無		理学療法士 作業療法士	第 2 回 ・ 第 3 回

申込締め切り ; 令和 3 年 1 1 月 1 0 日(水) 12 時 (必着)