

令和 年 月 日

※両面印刷にて作成のこと。

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

氏 名 印

令和 2 年度 茨城県地域リハビリテーションアドバイザー 養成事業申込書

私は、令和 2 年度茨城県地域リハビリテーションアドバイザー養成事業の受講を
申し込みます。

ふりがな			
氏 名		生年月日	
自宅の住所(必須) :			
勤務先の名称・住所(必須) :			
〒			
連絡先(必須) (電話番号) :		自宅・職場	
メールアドレス(必須) :			
資格名 (必須)	※証書の写しを必ず添付ください	取得年月日 (必須)	
履 歴 (必須)	* 実務経験を記載		
茨城県地域リハビリテーション専門研修受講の有無 有 無			
有の場合、受講した講座： 初任者(短期)・初任者(一般)・中堅者			
受講した時期： 年 月 ~ 年 月			

(注) 各種資格に関する証書の写しを添付すること

(茨城県地域リハビリテーション専門研修受講者は添付不要)

※裏面もご参照ください。また、当申込書は地域リハ支援センターHP の下記 URL から
ダウンロードできます。http://www.hosp.ipu.ac.jp/chiikishien/pg247.html

地域リハビリテーションについて日頃感じていること、やってみたいことを自由に記載してください。

施設長の意見：

上の者は、茨城県地域リハビリテーションアドバイザー養成事業を受講するのに十分な資質があるので、推薦いたします。

施設名

施設長

印

<送付先>

〒300-0331 稲敷郡阿見町阿見 4733

茨城県立医療大学付属病院

病院管理課 宮本 文彦 ・ 柳原 幸

TEL:029-888-9200

Email:chiikiri@ami.ipu.ac.jp

※申し込み締め切り：郵送にて令和2年3月19日(木)までに

お送りください。(必着)