

運動器リハビリテーション セラピスト研修会申込書

日本運動器リハビリテーション学会

理事長 伊藤 博元 殿

平成20年11月3日(月・祝)に下記にて開催される運動器リハビリテーションセラピスト研修会に申込み

- 第1希望 (幕張会場 ・ 神戸会場)
- 第2希望 (幕張会場 ・ 神戸会場)
- 第1希望の会場で受講できない場合は、申込みを取り消します

平成20年 月 日

受講者氏名(ふりがな)	性別	生年月日
	男・女	昭・平 年 月 日
所持する免許種別 (看護師 准看護師 マッサージ師など)		免許番号
		取得年月日

視覚障害 あり なし

修了試験時に拡大文字: 不要 必要

読み上げ試験(墨字での受験ができない方): 希望する 希望しない

所属医療機関 名称ならびに管理者氏名

所属医療機関 住所 (〒 -)	TEL
	FAX

所属医療機関に常勤する日本運動器リハビリテーション学会会員の氏名 (日本整形外科学会が認定する専門医であることが必要です。) *注1	氏名
	日整会専門医登録番号 ()
	日本運動器リハビリテーション学会会員番号 ()

注1) セラピスト研修会の修了試験合格後の申請には、セラピストが所属する医療機関の常勤医師が日本運動器リハビリテーション学会会員、日本整形外科学会の専門医であることが条件となります。日本運動器リハビリテーション学会会員番号が不明の場合には、空欄のまま結構です。

注2) 会場の希望が明記されていない場合には、事務局で選ばせていただきますのでご了承下さい。