**厚生労働省指定　臨床実習指導者講習会（都道府県講習会）参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **生年月日（西暦）** | **職種** | **会員番号**  **（OT協会）** | **所属県士会** |
| **氏　名** |  | **年　　月　　日** | **OT・PT** |  |  |

※非会員は会員番号の欄に非会員と記載して下さい

※所属士会には「青森」など県名を記載してください

|  |
| --- |
| **所属施設名：** |

|  |
| --- |
| **対象疾患：** |

記入例）整形、小児、精神障害など

|  |
| --- |
| **連絡先（メールアドレス）：** |

※確実に連絡の取れる「個人用」のメールアドレスを記載してください

実務履歴:

|  |  |
| --- | --- |
| 就職年月 | 就職先・所属 |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |

|  |
| --- |
| 実務経験年数：　　　　　年 |