

別紙(1)

平成22年度 理学療法士研修会 受講申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年月日	歳
勤務先名称				
勤務先所在地等	〒 -			
	TEL - - (内線) FAX - - 電子メールアドレス @ ※市町村コード(不知の場合は記入不要) (例: 所沢市 11208)			
	種別	病院・診療所 施設等 行政機関 会社 その他()		
	設置主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他()		
運営主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他()			
連絡先 (連絡がとれる電話番号等)	TEL - - (勤務先・自宅・携帯) FAX - - (勤務先・自宅) 電子メールアドレス @ (勤務先・自宅・携帯)			
現職種				
現職名				
現職経験年月数	年 月	受講資格の有無	有・無	
過去の当センター 研修会参加実績	平成 平成 平成	年度 年度 年度	研修会 研修会 研修会	
備考				
<p>上記の者を受講者として推薦する。</p> <p>平成 年 月 日 (所属長)</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

※「種別」欄等の該当部分に○印を記入