**三重県作業療法士会**

**厚生労働省指定　臨床実習指導者講習会（都道府県講習会）参加申込者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 職種 | 会員番号 | 所属県士会 |
| 氏名 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 所属施設名： |

記入例）　整形、小児、精神障害など

|  |
| --- |
| 対象疾患： |

|  |
| --- |
| 連絡先（メールアドレス）： |

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 |