**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 |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　＊非会員は会員番号の欄に非会員と記載してください。

　　　　　　　　　　　　　＊非会員は作業療法免許取得のわかる証明書を添付してお申し込み下さい。

|  |
| --- |
| 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 |

受講する開催場所に印をして下さい。　　　　　鈴鹿医療科学大学　　　　松坂中央総合病院