

運動器リハビリテーションセラピスト資格取得研修会 申込書

一般社団法人 日本運動器科学会

理事長 伊藤 博元 殿

平成29年度 前期セラピスト資格取得研修会に申込みます

- 第1希望 (東京会場 ・ 神戸会場)
- 第2希望 (東京会場 ・ 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 29 年 月 日

所属医療機関 名称

管理者氏名

所属医療機関 住所

TEL

(〒 -)

FAX

指導医氏名

受講者と同じ医療機関で常勤している
運動器リハビリテーション指導医

(日本運動器科学会の会員 および
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)

日整会 専門医登録番号 ()
* 1から始まる6桁の番号

日本運動器科学会 会員番号 ()

受講者氏名・ふりがな	性別	生年月日 (西暦/月/日)	所持する免許種別 (看護師・柔道整復 師など)	免許番号 (免許交付待ちの 場合は"申請中" とご記入ください)	試験時に拡大文字・ 読上などの配慮が 必要な場合は どちらかに○
(ふりがな) (氏 名)	男・女				拡大文字・読上げ
(ふりがな) (氏 名)	男・女				拡大文字・読上げ
(ふりがな) (氏 名)	男・女				拡大文字・読上げ

注) ・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

日本運動器科学会の会員かつ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。

・日本運動器科学会会員番号が不明の場合には、空欄のままで結構です。

これから会員となる予定の場合は"入会申込中"とご記入ください。

・鍼灸師の免許のみ所持している方は、資格を取得されても当局より診療報酬上の算定要員として認められておりませんのでご留意下さい。

・非常勤の場合は、1週あたり32時間以上の勤務が必要です。