

# 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 後期セラピスト資格取得研修会に申込みます。

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

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  
整形外科専門医である必要があります)

指導医氏名

整形外科専門医番号 ( )  
(日整会もしくは専門医機構による)

専門医番号について

\* 日整会: 1から始まる6桁の数字

\* 専門医機構: 2桁ハイフン6桁の数字

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整形外科専門医(日整会もしくは専門医機構による)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。