

# セラピスト研修認定資格継続申請書

一般社団法人 日本運動器科学会  
理事長 伊藤 博元 殿

下記の者は運動器リハビリテーションセラピスト研修認定資格の資格継続要件を満たしておりますので、セラピスト研修認定資格の継続を申請致します。

平成 年 月 日

## セラピストの所属医療機関

医療機関名称	
医療機関住所	(〒 )
医療機関管理者の氏名	

## セラピスト (運動器リハビリテーションセラピスト研修認定資格を有し、その資格継続を申請する者)

セラピスト氏名 (自署・捺印)	⑩
セラピスト研修認定番号 *認定番号は9桁の数字です	
セラピスト生年月日	(西暦) 年 月 日
取得単位数 *証明書等を添付する必要はありません *日整会専門医番号は1から始まる6桁の数字です *専門医機構の整形外科専門医番号は2桁ハイフン6桁の数字です	資格継続研修会： 単位 症 例 報 告： 単位 (必須：2単位以上4単位以下) 学 術 集 会 参 加： 単位 実技研修 (DVD)： 単位 (必須：1単位) *下記に署名、捺印下さい *上記の者は実技研修を修了したことを証明致します 医療機関 常勤指導医の氏名 (自署・捺印) ⑩ _____ 指導医の整形外科専門医番号： (日整会もしくは専門医機構による) _____ 指導医の日本運動器科学会会員番号： _____