

平成29年度  
運動療法機能訓練技能講習会  
受講申込書

氏名	ふりがな -----	性別	生年月日		
		男・女	昭和	年	月
住所	〒				
	TEL	( )	FAX	( )	
	E-mailアドレス (PC・携帯)				
勤務先名・住所	〒				
	勤務先住所				
	勤務先名	所属			科
	TEL	( )	FAX	( )	
取得免許					
都道府県		取得年月日		番号	
あん摩マッサージ指圧師	昭和・平成	年	月	日	第 号
はり師	昭和・平成	年	月	日	第 号
きゅう師	昭和・平成	年	月	日	第 号
柔道整復師	昭和・平成	年	月	日	第 号
看護師	昭和・平成	年	月	日	第 号
准看護師	昭和・平成	年	月	日	第 号
厚生労働大臣指定講習会修講証番号		第	号		
介護支援専門員実務研修修了番号		第	号		

この度私は、（ 会員 ・ 非会員 ）として公益社団法人全国病院理学療法協会が主催する、平成29年度運動療法機能訓練技能講習会へ受講の申し込みいたします。

平成 年 月 日

氏 名

印