

## 運動療法機能訓練技能講習会 受講申込書

フリガナ 氏名		印	性別、	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日  平成	本籍地	都道 府県	
現住所	(〒 ー ー )			
	TEL ー ー ー	FAX ー ー ー		
勤務先名称		所属科名		
所在地	(〒 ー ー )			
	TEL ー ー ー	FAX ー ー ー		
所持免許証 種別・番号	あん摩マッサージ指圧師免許	都道府県厚生	年 月 日	号
	柔道整復師免許	都道府県厚生	年 月 日	号
	看護師免許(准看を除く)	都道府県厚生	年 月 日	号
	その他の医療免許	種類 [	]	
		都道府県厚生	年 月 日	号

全国病院理学療法協会の 1, 会員[会員番号] 2, 申請中 3, 非会員

平成 年 月 日

公益社団法人全国病院理学療法協会会長殿

申込者氏名

印