

厚生労働省指定 臨床実習指導者講習会（都道府県講習会）参加申込書

フリガナ		生年月日	職種	会員番号	所属県士会
氏名			OT・PT		

*非会員は会員番号の欄に非会員と記載し、下記の作業療法士・理学療法士免許欄に記載してください。

作業療法士・理学療法士免許			
修了証番号		名簿登録年月日	

所属施設名：

対象疾患： 記入例) 整形、小児、精神障害など

連絡先（メールアドレス）：

実務履歴：

就職年月	就職先・所属
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

実務経験年数： 年