（様式:臨－2号）

一般社団法人日本ハンドセラピィ学会認定臨床研修施設情報

□新規　　□変更（施設情報に変更が生じたとき使用）

施設	医療法届出正式名称 略称（認定証用名称）
所在地	〒
研修指導者（数）	代表者名　　（計　　名）
ハンドセラピィ対象疾患	□腱損傷　□骨折　□末梢神経損傷　□拘縮 □炎症性疾患　□複合組織損傷　□切断 □その他（　　）
スプリントを作製する環境	□有　□無
研修費	□有　□無
連絡先	担当者: 連絡方法:　□電　話（　　内線　　） □メール（　　） □その他（　　）
研修承諾後に必要な書類	☑認定臨床研修に関わる契約書（書式４） ☑認定臨床研修施設に対する誓約書（書式５） ☑個人情報取り扱い誓約書（書式６） ☑未記入の認定臨床研修修了証明書（様式：臨－７号） □損害賠償保険加入証明書のコピー □その他（　　）

一般社団法人日本ハンドセラピィ学会ホームページ（https://jhts.or.jp）への掲載を認めます.

20　　年　　月　　日

施設長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印