

(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	<input type="checkbox"/> 腱損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 末梢神経損傷 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 炎症性疾患 <input type="checkbox"/> 複合組織損傷 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> その他()
スプリントを作製する環境	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
研修費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
連絡先	担当者: 連絡方法: <input type="checkbox"/> 電話(内線) <input type="checkbox"/> メール() <input type="checkbox"/> その他()
研修承諾後に必要な書類	<input checked="" type="checkbox"/> 認定臨床研修に関わる契約書(様式:臨-9号) <input checked="" type="checkbox"/> 認定臨床研修施設に対する誓約書(様式:臨-10号) <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報取り扱い誓約書(様式:臨-11号) <input checked="" type="checkbox"/> 未記入の認定臨床研修修了証明書(様式:臨-12号) <input type="checkbox"/> 損害賠償保険加入証明書のコピー <input type="checkbox"/> 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(<http://jhts.org>)への掲載を認めます。

20 年 月 日

施設長 _____ 印