

(様式：臨－８号)

## 一般社団法人日本ハンドセラピー学会認定臨床研修承諾書

20 年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_ 様

研修施設 \_\_\_\_\_

施設長 \_\_\_\_\_ 印

当施設は、申請者が申請された一般社団法人日本ハンドセラピー学会認定ハンドセラピスト制度における認定臨床研修を

承諾します

承諾しません

### 記

研修名 : 一般社団法人日本ハンドセラピー学会認定臨床研修

研修開始日 : 20 年 月 日

研修形態 : 1 か月間 2 か月間 176 時間 352 時間  
課題付研修

研修施設 : \_\_\_\_\_

研修指導者 : \_\_\_\_\_