

(様式：臨-13号)

一般社団法人日本ハンドセラピー学会認定臨床研修開始届

20 年 月 日

一般社団法人日本ハンドセラピー学会
理事長 大山 峰生 様

住所 _____

研修者

氏名 _____ 印

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以下の通りに実施することを報告します。

| | |
|-------------|--|
| 研 修 名 | <input type="checkbox"/> 認定臨床研修 <input type="checkbox"/> 課題付研修 |
| 研 修 者 | (会員番号 号) |
| 所 属 施 設 | |
| 所属施設住所 | 〒 |
| 所属施設電話 | |
| 連 絡 先 | E-mail |
| 研 修 施 設 | |
| 研 修 指 導 者 | |
| 研 修 実 施 日 | ※課題付研修が同一施設で複数回実施する場合は初回のみ記入して下さい 20 年 月 日 (～20 年 月 日) |
| 研 修 実 施 形 態 | ※該当する□をチェックして下さい 認定臨床研修 <input type="checkbox"/> 1 か月間 (一次研修) <input type="checkbox"/> 2 か月間 (二次研修) <input type="checkbox"/> 176 時間 (一次研修) <input type="checkbox"/> 352 時間 (二次研修) ※同一施設での課題付研修数を記入して下さい 課題付研修 <input type="checkbox"/> 一次研修 (× _____ 研修) <input type="checkbox"/> 二次研修 (× _____ 研修) |