（様式：臨－22号）

**一般社団法人日本ハンドセラピィ学会認定臨床研修**

**自施設症例報告指導申請者　個人資料**

20　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  申請者名 |  | | |
| 生年月日 | S ・ H　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳）　男・女 | | |
| 連絡方法 | □自宅　□携帯　□職場　（　　　　－　　　　－　　　　） | | |
| メールアドレス | ＠ | | |
| 所属施設 |  | | |
| 所属施設住所 | 〒 | | |
| 所属施設電話 | TEL　　　（　　　）　　　　　／FAX　　　（　　　） | | |
| 免許資格 | □作業療法士　□理学療法士 | | |
| ハンドセラピィ経験年数 | 年 | | |
| 経験した対象疾患  □腱損傷　　□末梢神経損傷　　□骨折　　□炎症性疾患　　□複合組織損傷・再接着  □拘縮　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 課題付研修実施施設 | 一次研修 | １ | ２ |
| ３ | ４ |
| 二次研修 | １ | ２ |
| ３ | ４ |
| ５ | ６ |
| ７ | ８ |