（様式：臨－７号）

**一般社団法人日本ハンドセラピィ学会認定臨床研修**

**研修者個人資料**

20　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  研修者名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　　歳）　男・女 |
| 連絡先 | □自宅　□携帯　□職場　（　　　　－　　　　－　　　　） |
| メールアドレス | ＠ |
| 所属施設 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話 | TEL　　　（　　　）　　　　　／FAX　　　（　　　） |
| 出身養成校 |  |
| 免許資格 | □作業療法士　□理学療法士 |
| 免許取得年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 職歴（OT・PT） |  |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ハンドセラピィ患者数（直近６か月の月平均延べ患者数）　　約　　　　　人／月 | |