

様式 1

柔道整復師卒後臨床研修申込書

フリガナ		男	修了認定証に記載するので明瞭に記入のこと
氏名		女	
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)		
申込時住所	〒 ー 都・道・府・県 <small>(マンション等名、号室まで記入すること)</small>		
申込時電話番号	()	申込時FAX番号	()
研修時住所 <small>(未定でその後決定した場合、変更があった場合などは「研修生変更届」(様式7:19頁)を提出すること)</small>	〒 ー 都・道・府・県 <small>(マンション等名、号室まで記入すること)</small>		
研修時電話番号	()	研修時FAX番号	()
卒業(見込)年月	平成 年 月 (卒業・見込)		
卒業(見込)養成校名			
卒後臨床研修希望施設	フリガナ		
	施設名		
	フリガナ		承諾印
	開設者名		
	所在地	〒 ー 都・道・府・県	
	電話番号		
FAX番号			
採用日	平成 年 月 日		
医療人研修受講会場 <small>(受講ブロックに○印)</small>	1. 北海道 2. 東北 3. 関東 4. 東京 5. 北信越 6. 東海 7. 近畿 8. 大阪 9. 中国 10. 四国 11. 九州		
<p>上記のとおり柔道整復師卒後臨床研修を申し込みます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申込者 印</p> <p>財団法人柔道整復研修試験財団 理事長 河路明夫 殿</p>			