

様式 8

## 柔道整復師卒後臨床研修施設認定申請書

【柔道整復施術所用】

フリガナ			
施設名			
フリガナ			
開設者名		免許登録番号	【                      】
生年月日	大正・昭和	年	月 日
開設年月日	昭和・平成	年	月 日
施設所在地	〒                      都・道・府・県		
電話番号	(                      )		
FAX番号	(                      )		
認定要件について	認定要件については7頁 10. 臨床研修施設の認定要件を参照のこと		
施設の設置概要	柔道整復師数	人	
	施術室・待合室面積	m <sup>2</sup>	
	ベッド台数	台	
	研修生受入見込人数	人	
財団ホームページ認定施設リスト掲載の諾否	諾                      否		
<p>当施設は、貴財団が主催する柔道整復師卒後臨床研修の実施にあたり、貴財団が定める臨床研修施設の認定要件に基づき認定申請する。</p> <p style="text-align: center;">平成                      年                      月                      日</p> <p style="text-align: center;">開設者                      氏名                      印</p> <p style="text-align: center;">財団法人柔道整復研修試験財団</p> <p style="text-align: center;">理事長 河路明夫 殿</p>			