



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・平成 年 月 日 (満 歳)			
申込時住所	〒 ー (マンション等名、号室まで記入すること。) 都・道・府・県			
申込時電話番号	( )	申込時FAX番号	( )	
研修期間中の居住地住所 (未定でその後決定した場合や 変更があった場合などは「研修 生変更届」(様式7:18頁)を提 出すること。)	〒 ー (※上記申込時住所と同じ場合は記入不要。) 都・道・府・県 (マンション等名、号室まで記入すること。)			
研修期間中電話番号	( )	研修期間中FAX番号	( )	
卒業(見込)年月	平成 年 月 (卒業・見込)	試験合格回 (年度)	第 回 (合格・受験) (昭和・平成 年度)	
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 開設者名 (開設者が柔道整復師の資格を 有しない場合などは、施術管理者 名:8頁12(1)参照)			研修受入承諾印 
	所在地	〒 ー 都・道・府・県		
	電話番号			
	FAX番号			
研修開始(予定)日	平成 2 4 年 月 日 (研修開始日を様式6「評価表」に転記すること。)			
医療人研修講座開催地 (3頁を参考に必ず〇印) (受講する開催地を様式4「研修証」様式 5「受講証」に転記すること。)	1. 北海道	2. 宮城県	3. 東京都	4. 石川県
	5. 愛知県	6. 大阪府	7. 岡山県	8. 福岡県
<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 </p> <p>財団法人柔道整復研修試験財団 理 事 長 福 島 統 殿</p>				

※ 記入にあたっては必ず14頁表面を参照してください。