

(記載要領)

様式 1

柔道整復師卒後臨床研修申込書

フリガナ	ソツゴ タロウ		①男	修了認定証に記載するので明瞭に記入のこと。	
氏名	卒後 太郎		女		
生年月日	昭和・平成 2年 5月 27日		(満 21歳)		
申込時住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 (マンション等名、号室まで記入すること。) 〇〇 都・道・府(県) 〇〇市 〇〇町〇-〇-〇				
申込時電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	申込時FAX番号	(〇〇〇〇) 〇〇 -		
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。)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 (※上記申込時住所と同じ場合は記入不要。) 東京 (都)道・府・県 〇〇市 〇〇町〇-〇-〇 〇〇コーポ101号室				
研修期間中電話番号	(090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇	研修期間中FAX番号	() なし		
卒業(見込)年月	平成 24年 3月 (卒業・見込)	試験合格回 (年度)	第 20回 (合格・受験) (昭和・平成 23年度)	柔道整復師国家試験合格回と年度とを記入し、合格に○をすること。合格前の申し込みの場合は受験回、年度を記入し、受験に○をすること。	
卒業(見込)養成校名	〇〇〇専門学校				
卒後臨床研修希望施設	フリガナ	マルマルセッコソイン			施設が臨床研修施設未登録の場合は、卒後臨床研修施設認定申請書(様式8:19頁)または卒後臨床研修施設届(様式9:20頁)を申込書などと併せて財団へ送付すること。(8頁12、13参照)
	施設名	〇〇 接骨院			
	フリガナ	ジュセイ 仔由			研修受入承諾印 臨床研修受入承諾の証明となるので、必ず押印していただくこと。
	開設者名 (開設者が柔道整復師の資格を有しない場合は、施術管理者名:8頁12(1)参照)	柔整 一郎			
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京 (都)道・府・県 〇〇区〇〇町〇-〇-〇 〇〇ビル			
電話番号	(03) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			平成24年度卒後臨床研修は平成24年4月1日以降の開始となるので、4月1日以降で臨床研修を開始した日付を記入する。研修開始日は免許登録日と一致しなくてもよい。臨床研修期間は開始日から1年間となる。	
FAX番号	(03) 〇〇〇〇-〇〇〇〇				
研修開始(予定)日	平成 24年 4月 1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○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24年 2月 1日</p> <p>申込者 卒後 太郎 (印)</p> <p>財団法人柔道整復研修試験財団 理事長 福島 統 殿</p>					

研修証・日程表などの送付の宛先となるので、申込後に住所などの変更があった場合は速やかに「研修生変更届」(様式7:18頁)を提出すること。

柔道整復師国家試験合格回と年度とを記入し、合格に○をすること。合格前の申し込みの場合は受験回、年度を記入し、受験に○をすること。

施設が臨床研修施設未登録の場合は、卒後臨床研修施設認定申請書(様式8:19頁)または卒後臨床研修施設届(様式9:20頁)を申込書などと併せて財団へ送付すること。(8頁12、13参照)

研修受入承諾印
臨床研修受入承諾の証明となるので、必ず押印していただくこと。

平成24年度卒後臨床研修は平成24年4月1日以降の開始となるので、4月1日以降で臨床研修を開始した日付を記入する。研修開始日は免許登録日と一致しなくてもよい。臨床研修期間は開始日から1年間となる。

研修開始日を様式6「評価表」に転記すること。

原則8会場
なお、自宅・勤務先所在地以外の開催地での申し込みも可能。

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。