様式 9

柔道整復師卒後臨床研修施設届

【保険医療機関など用】

フリガナ			
医療機関名			
フリガナ		保険医療機関コード	【　　】
院長名（診療所長名）			
診療開始年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日		
施設所在地	〒　　－ 都・道・府・県		
電話番号	（　　）		
ＦＡＸ番号	（　　）		
所属する診療科名			
指導者氏名	医師名：　　（柔道整復師名：　　）		
施設の設置概要	医師数	人	
	診療科目		
	柔道整復師数	人	
	研修生受入見込人数	人	
財団ホームページ届出施設リスト掲載の諾否	諾　・　否		

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、

臨床研修施設の認定要件8頁12. に基づき臨床研修施設として届出をする。

平成　　年　　月　　日

（届出者）医療機関代表者 氏名　　印

（役職　　）

財団法人柔道整復研修試験財団

理事長　福島　統　殿