

鍼灸師卒後臨床研修申込書

様式 1

フリガナ		男	生年月日		
氏名		女	昭和・平成	年 月 日 (満 歳)	
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>				
(変更があった場合は「鍼灸師卒後臨床研修参加研修生変更届」(様式7)を提出すること。)					
固定電話番号	()	携帯電話番号	()		
コンピューターメールアドレス			携帯電話メールアドレス		
* メールアドレスはコンピューターで使用しているものが望ましく、携帯、スマートフォンの場合はドメイン指定をすること。また、メールアドレスは当機構からの連絡、研修生が単位修得を確認する時のIDになるので必ず記入すること。					
GKカードを持っている場合はカード番号を記入			* GKカードは医療人研修講座の出席確認(単位修得)に使用します。		
卒業(見込)養成学校 卒業(見込)年月	平成 年 月 (卒業・見込)				
国家試験合格 (回・年度)	第 回 合格 (平成 年度)				
はり師 免許登録日	平成 年 月 日	はり師 免許登録番号	【 】		
きゅう師 免許登録日	平成 年 月 日	きゅう師 免許登録番号	【 】		
* 免許証が交付(送付)される前の場合は登録済証明書の登録年月日及び登録番号を記載すること。 * 研修資格の確認のため、はり師および、きゅう師の免許証、免許証が交付される前は登録済証明書のコピーを添付すること。					
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 (医療機関代表者)			研修受入承諾印 印	
	所在地	〒 ー 都・道・府・県			
	電話番号	()	メールアドレス	()	
	認定臨床施設 認定番号			認定指導員 認定番号	
* 施設、指導員がすでに当機構より認定されている場合は認定番号を記入してください。					
* 卒後臨床研修施設の受入れについての注意 施設の事情(条件)により希望施設での卒後臨床研修ができないこともありうるので、研修希望者はあらかじめ、希望する施設に研修させて頂くための条件と研修の受け入れについて問い合わせ、承諾を得ることが必要となる。					
研修開始(予定)日	平成28年 月 日 (研修開始日を(様式6)「鍼灸師卒後臨床研修評価表」に転記すること。)				
国民のための鍼灸医療推進機構ホームページ(鍼灸net)の 鍼灸師卒後臨床研修・修了認定者名簿(リスト)掲載の諾否		諾 ・ 否			
上記のとおり鍼灸師卒後臨床研修を申し込みします。					
平成 年 月 日					
申 込 者				印	
国民のための鍼灸医療推進機構					
委 員 長		阿部 正俊 殿			