

リハビリテーション専門職受入研修 受講申込用紙

フリガナ			
氏名			
施設の設置主体 (法人名)			
勤務施設の名称			
部署名			
勤務先所在地	〒 TEL FAX		
本人連絡先 (必須)	職場直通電話 (もしくは携帯電話)		
	E-mail (自身で確認ができる 添付ファイルの受取及び 印刷が可能なもの)		
職種		経験 年数	年 箇月目
希望する研修 (別紙 受入施設情報一覧参照)	コース No.	研 修 名	
希望する研修期間 (受講決定後受入施設と 調整の後、決定)	第1希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	第2希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	第3希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
(必須) 上記の者を受講者として推薦する。 年 月 日 (所属長) 所属・役職 氏 名 印			

この申込み用紙の個人情報に関しては、研修受入先施設への情報提供のみに利用します。
1人の者が異なるテーマで複数申し込む時は1テーマ1申し込みにしてください。

リハビリテーション専門職受入研修 研修前調査票

氏 名()

研修に望むことを簡条書きしてください(なるべく詳細に、できれば優先順位をつけて書き出してください)

令和6年度受講申し込み 無 ・ 有(研修名:)

昨年度受講決定していたが研修中止となった方、また昨年度受講申し込みしたが受け入れが採択されなかった方を優先して選考します。