（様式１：令和2年度地域リハビリテーション人材育成研修　申込書）

令和2年度　地域リハビリテーション人材育成研修　申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりなが氏名 |  | 自宅現住所 | 〒　　　　　- |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日（　　　　　　歳） | 連絡先 | 携帯電話番号　　　　　　　-　　　　　　　- |
| 職種 | PT　　・　　OT　　・　　ST | **E-mail（PC）　\*申込時に空メールを事務局へ送信願います。****＠** |
| 免許取得年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　　年目） |
| 職能団体への所属 | □　所属している　　　　□　所属していない団体名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　会員番号（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職歴\*経験年数がわかるように記載\*新しい職歴が最上部 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月～　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（現職） |
| 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月～昭和・平成・令和　　　　年　　　　月 |
| 昭和・平成　　　　　　　　年　　　　月～昭和・平成・令和　　　　年　　　　月 |
| 昭和・平成　　　　　　　　年　　　　月～昭和・平成　　　　年　　　　月 |
| 昭和・平成　　　　　　　　年　　　　月～昭和・平成　　　　年　　　　月 |
| 昭和・平成　　　　　　　　年　　　　月～昭和・平成　　　　年　　　　月 |
| 勤務先 | 有・無 | 名称　担当部署所在地　連絡先（TEL）　　　　　　-　　　　　　-　　　　　 |
| その他保持資格 |  |
| 社会活動など |  |
| 受講動機理由 | \*何を学び、今後どのように活かしていきたいと考えているかを具体的に記載ください。 |
| その他 | \*受講申し込み時点ですでに出席が困難な日がある場合、その日および理由も記載ください。 |

＊お申し込みによって得た個人情報は、当研修会の申し込み手続きおよび運営（参加者把握等）のためにのみ利用し、法令等に基づく場合を除き、あらかじめご本人の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。　　提出先　 ：滋賀県守山市守山5丁目4-30　滋賀県立リハビリテーションセンター　事業推進係

提出期限：**令和2年6月15日（月）17:00（必着）**

（様式２：地域リハビリテーション人材育成研修　受講推薦書）

受講推薦書

受講申込者　　氏名　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属機関名：

上記の者を、貴研修会の受講者として推薦いたします。

令和　　年　　月　　日

所属機関名　　　：

所属機関所在地：

代表者氏名　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印