**埼玉県「臨床実習指導者講習会」受講申込書**

**（埼玉県理学療法士会員枠用）**

※本申込書は、**「埼玉県理学療法士会員枠」用の申込書**です。詳細は、開催案内「６．申し込み方法」をご参照ください。

※下記の必要事項を記入して、**別紙＜2019年度　埼玉県「臨床実習指導者講習会」詳細＞の「申込書の送付方法・申込先」に従って、**各自で各講習会会場の理学療法士養成校に直接お申し込みください。

※**複数のPT養成校への同時申込はお控えください**。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **必要事項** | **記入欄** |
| **1．** | **受講を申し込む会場（PT養成校名）** |  |
| **2．** | **申込者氏名（漢字・ふりがな）** |  |
| **3．** | **日本理学療法士協会会員番号**  ※８桁の番号を記載 |  |
| **4.** | **所属施設名**  ※埼玉県内の施設である必要あり |  |
| **5．** | **連絡先TEL**  ※必ず連絡のつくTELを記載ください |  |
| **6．** | **メールアドレス**（携帯不可）  ※必ず連絡のつくメールアドレスを記載ください |  |
| **7．** | **専任教員か否か**  ※PT養成校に所属していなければ専任教員ではありません。 | いずれかに〇印  **専任教員　・　 専任教員でない** |
| **8．** | **長期講習会**（理学療法士･作業療法士･言語聴覚士養成施設教員等講習会）**受講の有無** | いずれかに〇印  **受講済　・　受講していない　・　不明** |
| **9．** | **生年月日**（西暦） | **西暦　　　　年　　月　　日** |
| **10.** | **公文書の要否**  ※受講に当たり、公文書が必要な方は下記にもご記入をお願いします。 | いずれかに〇印  **必要　 ・　 不要** |
| **(1)** | **公文書の宛名（所属長）** |  |
| **(2)** | **公文書の宛名の役職**  ※理事長・院長・施設長・所長・センター長・校長・学長など |  |
| **(3)** | **公文書の発送先住所・宛名・課所**  ※公文書自体は施設長等宛になりますが、公文書の送り先の宛名・課所をご記入ください。 | **・〒** |
| **・住所**： |
| **・発送先課所**： |
| **・発送先宛名**： |