

上級講習会、及び受講資格試験

申 込 書

日本医療リハビリテーション協会

事務局使用欄

申込期間 2019年8月14日(水)から8月28日(水)の間に協会事務局へ必着

受講資格試験 2019年9月28日(土)

受講期間 2019年11月4日～6日、12月4日～6日

太枠内をすべて記入(※ない場合は、“ナシ”と記入)

フリガナ				生年月日(西暦)	性別
氏名				年 月 日	男・女
住所	〒 都道府県				
連絡先 申込みに関する 件で事務局から 連絡する場合が ありますので、 必ず一か所以上 記入して下さい。	自宅電話	TEL - - (FAX - -)	携帯電話	- -	
	携帯電話 メール※	@			
	自宅パソコン メール※	@			
	※ドメイン拒否設定をされている方は、協会ドメイン(***@mlaj.jp)からのメールを受け取れるように設定をお願いします。				
フリガナ					
勤務先 正式名称を記入					
所属	(病院勤務の方は、診療科等を記入してください)	勤務先 電 話	TEL - - (FAX - -)		
所在地	〒 都道府県				
修了証 番号	(養成講習会修了証に記載されている番号を記入してください *不明な方は生年月日を記入してください) M L A J -				

スキルアップ講習会 受講記録

区分番号	講習会名	参加年月日
SU-		年 月 日
SU-		年 月 日
SU-		年 月 日
SU-		年 月 日

注意事項

1. 上記申込期間内に、事務局まで必着で郵送してください。
2. 電話、FAX、電子メールでのお申し込みはできません。
3. 申し込みには、この申込書の他、職務経歴書、志望理由書、写真1枚が必要です。(P9参照)
4. 講習会の受講権利を、他の方に譲渡することはできません。
5. 試験内容、試験結果に関してのお問い合わせには、一切お答えできません。
6. 上級講習会は授業の振り替えなどができませんので、日程を十分確認の上、お申し込みください。

志望理由書

氏 名

以下に、志望理由を記入してください。(最大 1000 文字)