

平成 年 月 日

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

氏 名 印

茨城県地域リハビリテーションアドバイザー養成事業申込書

私は、茨城県地域リハビリテーションアドバイザー養成事業の受講を申し込みます。

| | | | |
|----------------------------------|--|-------|---|
| 氏 名 | | 生年月日 | |
| 自宅の住所： | | | |
| 勤務先の名称・住所： 〒 | | | |
| 連絡先（電話番号）： | | 自宅・職場 | |
| メールアドレス： | | | |
| 資格名 | | 取得年月日 | |
| 履 歴 | | | |
| *実務経験を記載 | | | |
| 茨城県地域リハビリテーション専門研修受講の有無 | | 有 | 無 |
| 有の場合、受講した講座： 初任者(短期)・初任者(一般)・中堅者 | | | |
| 受講した時期： 年 月 ～ 年 月 | | | |

(注) 各種資格に関する証書の写しを添付すること

(茨城県地域リハビリテーション専門研修受講者は添付不要)

※裏面もご参照ください。また、当申込書は地域リハ支援センターHPの下記 URL からダウンロードできます。 <http://www.hosp.ipu.ac.jp/chiikishien/pg247.html>

地域リハビリテーションについて日頃感じていること、やってみたいことを自由に記載してください。

| |
|---|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|

施設長の意見：

上の者は、茨城県地域リハビリテーションアドバイザー養成事業を受講するのに十分な資質があるので、推薦いたします。

施設名

施設長

印

<送付先>

〒300-0331 稲敷郡阿見町阿見 4733
茨城県立医療大学附属病院
病院管理課 宮本