|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日本心臓リハビリテーション学会認定**  **2024年度　第25回心臓リハビリテーション指導士受験・講習会受講申込書** | | | | | |
| **(書類様式２）*※手書き不可*** | | | | | |
| 会員番号 | 712- 　 - | 生年月日  性別 | | | 年　 　月　　 日生  男 ・ 女 |
| 氏名 |  | ふりがな | | |  |
| 勤務機関 |  | 部署名 | | |  |
| 勤務機関所在地 | 〒  TEL:　　　　(　　　　) | | | | |
| 自宅住所 | 〒  TEL:　　　 (　　　　　) | | | | |
| メールアドレス | 至急のお問い合わせをすることがあります。必ず連絡の取れるアドレスをご記入下さい（必須）。携帯のアドレスの場合はPCからのメールを受信できるように設定をお願いします。 | |  | | |
| 連絡先 | 自宅　・　勤務先　（どちらか消して下さい） | | | | |
| 職種 | 医師・看護師・理学療法士・臨床検査技師・管理栄養士・薬剤師・臨床工学技士・  公認心理師・臨床心理士・健康運動指導士・作業療法士（１つ選び、他を消して下さい） | | | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先名 | | | 部署名 |
| 年　月～　　年　月 |  | | |  |
| 年　月～　　年　月 |  | | |  |
| 年　月～　　年　月 |  | | |  |
| 年　月～　　年　月 |  | | |  |
| 年　月～　　年　月 |  | | |  |
| 1年以上の心臓リハビリテーションの実地経験：　あり　・　なし　（どちらかを消してください）  （なしの場合は受験資格認定証が必要です） | | | | | |
| 心臓リハビリテーションの実地経験記載欄　(施設と期間を記載）　通算１年以上必要　偽りが無いように。 | | | | | |
| 施設名 | | | | 期間 | |
|  | | | | 年　　　月～　　　年　　　月 | |
|  | | | | 年　　　月～　　　年　　　月 | |
|  | | | | 年　　　月～　　　年　　　月 | |
|  | | | | 年　　　月～　　　年　　　月 | |
| **合計年月を必ず記してください　→** | | | | **計　　　年　　　ヶ月** | |
| 応募の理由 |  | | | | |
| 出願内容 | 1.受験、受講(講習会は1部・2部とも受講) 　2.受験、受講(講習会は2部のみ受講)  3.再受験（1部・2部とも受講）　4.再受験（1部のみ受講）　5.再受験（2部のみ受講）  6.再受験（講習なし）  (希望する内容以外を消してください） | | | | |
| **※申請後の変更は　できませんので誤記にご注意ください** |
| ※注意 | 合格後指導士の氏名、所属先が学会ホームページに公表されますのでご了解ください。 | | | | |