|  |
| --- |
| **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。 |