

日本心臓リハビリテーション学会認定
2026年度 第27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	712-1234567	生年月日 性別	1982年1月1日生 女
氏名	織田 リハ子	ふりがな	おだ りはこ
勤務機関	□□□病院	部署名	リハビリテーション科
勤務機関所在地	〒100-5555 東京都渋谷区代々木 15-2-3 TEL: 03 (2222)****		
自宅住所	〒100-0000 東京都渋谷区渋谷 35-1-1-606 TEL: TEL: 03 (****)3333		
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。	Jacr010101@jjj.jp	
送付先	自宅 (どちらか消して下さい)		
職種	理学療法士 (1つ選び、他を消して下さい)		
職歴	期間	勤務先名	部署名
	1994年4月～2003年3月	●●●●病院	リハビリテーション科
	2003年4月～2026年3月	□□□病院	リハビリテーション科
	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实地経験: あり (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实地経験記載欄 (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	
□□□病院		2022年4月～2026年3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 4年 0ヶ月	
応募の理由	臨床で循環器疾患に携わる部署に所属しており、指導士の資格を取得することでより効果的な指導を行えるようになったため		
出願内容 ※申請後の変更はできませんので誤記にご注意ください	1. 受験、受講(講習会は1部・2部とも受講) (希望する内容以外を消してください)		
※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。		