

なお、本件については、令和元年12月19日開催の地域リハビリテーション推進委員会にて承認されている。令和 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。

ふりがな			
氏 名		生年月日	
自宅の住所(必須) :			
勤務先の名称・住所(必須) :			
〒			
連絡先(必須) (電話番号) :			自宅・職場
メールアドレス(必須) :			
資格名 (必須)	※証書の写しを必ず添付ください	取得年月日 (必須)	
履 歴 (必須)			
* 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。

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 文彦 ・ 柳原 幸
TEL:029-888-9200
Email:chiikiri@ami.ipu.ac.jp