

第10回ロコモコーディネーター資格取得研修会 申込書

全国ストップ・ザ・ロコモ協議会

理事長 藤野 圭司 殿

第10回ロコモコーディネーター資格取得研修会に申込みます。

平成 年 月 日

(ふりがな) _____ 性別 : _____ 生年月日 : _____
(※どちらかに○をして下さい。)

受講者氏名: _____ 男・女 (西暦) 年 月 日

ご記入いただきました資格証明を申込書に添付してご郵送下さい

(※複数資格を所持されている場合は2資格までご登録いただけます。)

所持資格: ① _____ (資格免許番号 _____)

所持資格: ② _____ (資格免許番号 _____)

資格認定対象者: ・医療系資格 保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、
日本運動器科学会が実施する運動器リハビリテーションセラピスト認定者
・介護系資格 主任ケアマネージャー、5年以上の実務経験を有する介護福祉士
(医療機関、介護施設又は地域包括支援センター等に所属していることを条件とする)

【所属先情報】

所属機関名称:

所属先部課:

所属先管理者名:

所属機関 住所: (〒 _____)

所属先電話TEL:

所属先FAX:

所属先区分(下記にあてはまる分類にチェックをしてください):

包括支援センター 県庁・市役所・町役場 社会福祉協議会 保健所 教育施設
 病院 診療所 介護施設 その他(_____)

【自宅情報】

現住所(自宅): (〒 _____) TEL(自宅): _____

E-mail address : _____ @ _____

(※ブロック体で正確にご記入ください。0(ゼロ)・O(オー)、-(ハイフン)・_(アンダーバー)等判読しづらいものはフリガナ等を使用して補足をお願い致します。)

※注) 1機関から3名までの受講が可能です。