日本顔面神経学会認定 顔面神経麻痺リハビリテーション指導士

認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| よみがな |  |
| 会員歴 | 3年以上 |
| 所属施設名 |  |
| 資格 | 理学療法士　作業療法士　言語聴覚士　看護師  はり師　　きゅう師 |
| 所属施設郵便番号 |  |
| 所属施設住所  ※認定証は所属施設へ郵送 |  |
| 連絡先E-Mail |  |
| 連絡先電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 情報公開の同意  （顔面神経麻痺リハビリテーション指導士に関する細則第6条に基づき、リハビリテーション指導士は専門家として、本学会機関紙、本学会ホームページ上に公開します） | □同意する  □同意しない |

▼申請チェックリスト（提出物等の確認のためにお使いください）

□ 認定申請書【本書】

□ 規則第5条1に定める資格を有していることを明らかにする資格証明書の写し

□ 顔面神経麻痺リハビリテーション技術講習会の認定試験合格証明書の写し

□ 症例報告書　様式1・様式2

□ 審査料の振り込み控えの写し

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

事務局使用欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ver.202112-1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | 入会年月日 | 書類の不備 | 会費の未納 | 審査料 | 備考 |
|  |  | □無　□有 | □再請求 ／ | □確認済 ／ |  |
|  | | | | | |