

(一社) 熊本県作業療法士会
会員歴証明証発行申請書

申請日 年 月 日

(一社) 熊本県作業療法士会

会 長 殿

所属施設
会員番号
氏 名 印

私は、(一社) 日本作業療法士協会臨床実習指導者制度「臨床実習指導者研修修了(中級・上級)」認定基準を満たしました。

認定申請にあたって(一社) 熊本県作業療法士会の会員歴証明書を発行して頂きたく申請致します。

所属施設以外への郵送希望の場合の郵送先

郵便番号： _____

住 所： _____

宛 名： _____