

柔道整復師卒後臨床研修期間変更申請書

公益財団法人柔道整復研修試験財団

代表理事 福島 統 殿

申請年月日 平成 年 月 日

研修生番号 【 - 】

研修生氏名 _____ (印)

私は下記のとおり、平成_____年度柔道整復師卒後臨床研修の臨床研修期間変更を申請します。

1. 研修期間の中断申請

区 分	当初臨床研修期間	中 断 期 間	理 由
中 断	平成 年 月 日	平成 年 月 日	「 _____ 」 のため
	↓	↓	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	

2. 研修期間再開申請

区 分	当初臨床研修期間	再開希望期間	経 過
再 開	平成 年 月 日	平成 年 月 日	①②いずれかに○ ①当初の施設で再開 ②他施設で再開※ ※施設変更届を添付 研修施設が未申請・未 届の場合は、様式8又 は様式9を提出のこと
	↓	↓	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	

(注) 次年度中で12ヶ月の研修期間に充たない場合は、研修資格喪失となる。