

フリガナ				
施設名				
フリガナ 開設者名 <small>(開設者が柔道整復師の資格を有しない場合などは、施術管理者名:8頁12、13参照)</small>	氏	名	免許登録番号	【                      】
生年月日	昭和・平成                      年                      月                      日			
免許登録日	昭和・平成                      年                      月                      日			<small>※注意</small> 平成18年3月以降の免許取得者が施設認定を申請する場合は、本財団主催の卒後臨床研修の修了者であること。又は、認定卒後臨床研修指導柔道整復師であること。
卒後臨床研修修了認定番号	【                      —                      】			
認定卒後臨床研修指導柔道整復師番号	【                      —                      】			<small>卒後臨床研修を修了した者の場合は修了認定証に記載されている番号を記入する。</small> <small>認定卒後臨床研修指導柔道整復師は認定証に記載されている番号を記入する。</small>
開設年月日	昭和・平成                      年                      月                      日			
開設番号 <small>(開設番号がない場合は空欄でよい)</small>			開設届出保健所・届出年月日	届出保健所: 年                      月                      日 届出
施設所在地	〒                      — 都・道・府・県			
電話番号	(                      )			
FAX番号	(                      )			
施設の設置概要	柔道整復師数	人		
	施術室・待合室面積	㎡		
	ベッド台数	台		
	研修生受入見込人数	人		
財団ホームページ認定施設リスト掲載の諾否	諾                      ・                      否			
当施設は、貴財団が主催する柔道整復師卒後臨床研修の実施にあたり、貴財団が定める臨床研修施設の認定要件8頁12.に基づき認定申請する。  平成                      年                      月                      日 開設者                      氏 名                      印 ----- 免許登録番号【                      】 ----- 生年月日                      昭和・平成                      年                      月                      日 ----- 免許登録日                      昭和・平成                      年                      月                      日 ----- <small>*開設者が施術管理者と異なる柔道整復師である場合は必ず記入すること</small>				
公益財団法人柔道整復研修試験財団 代表理事                      福 島                      統                      殿				

【添付書類】①施術所開設届の写し②柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いの承諾についての写し③柔道整復師免許証の写し(開設者と施術管理者が異なり開設者が柔道整復師である場合は、開設者の柔道整復師免許証の写しも添付すること。)