

令和2年度認定卒後臨床研修指導柔道整復師受審者募集のご案内

認定卒後臨床研修指導柔道整復師の受審希望者を下記の通り募集致します。

記

1. 目的

認定実技審査員の資格取得を希望する専科教員資格保有者で、卒後臨床研修が未修了である者に対し、臨床能力の担保として認定卒後臨床研修指導柔道整復師を卒後臨床研修修了相同資格とし、認定実技審査員資格取得講習会の受講資格要件を充足することを目的とする。

2. 主催 公益財団法人柔道整復研修試験財団

3. 対象者

平成18年3月以降の免許取得者で令和4年度に認定実技審査員資格取得を目指す卒後臨床研修を修了していない専科教員資格保有者。

※平成30年4月以降に新たに受領委任を取扱う施術管理者の届出又は申出を行っている者は除く。

4. 認定要件

- ①実技試験(認定実技審査の柔道、骨折、脱臼、軟部損傷の4項目全て)に合格すること。
- ②講義を受講すること。

5. 実施時期

実技試験

開催日：令和2年6月14日(日)

場 所：日本柔道整復専門学校
東京都渋谷区桜丘町20番1号

6. 受審費用 50,000円

払込方法、期限については申込締切後、追って連絡

7. 申込方法

申込は認定卒後臨床研修指導柔道整復師養成申込書(様式1)を作成し、財団へ送付すること。(三つ折り可)

添付書類：柔道整復師免許証の写し

8. 申込締切 令和2年3月31日(火) 消印有効

※定員に達した場合には、締切日の前に申込を締め切らせていただきます

公益財団法人 柔道整復研修試験財団

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-11-4 日土地西新橋ビル6階

電 話 東京(03)6205-4731

FAX 東京(03)6205-4732

様式 1 認定卒後臨床研修指導柔道整復師受審申込書				写真貼付 40mm×30mm
フリガナ				
氏名		※各項目明瞭に記入のこと		
免許登録番号	【	】	男・女	
免許登録日	昭和・平成	年	月 日	
生年月日	昭和・平成	年	月 日 (満 歳)	
住所	〒 ー (マンション等名、号室まで記入すること。)			
	都・道・府・県			
電話番号	()	FAX番号	()	
現勤務先	フリガナ			
	施設名			
	所在地	〒 ー 都・道・府・県		
	電話番号	()	FAX番号 ()	
学歴	資格にかかる学校の入学及び卒業を記載すること			
	年	月		入学
	年	月		卒業
	年	月		入学
	年	月		卒業
教職歴	柔道整復師専科教員講習会修了証書に関して記載すること			
	年	月	第	号
	年	月		
	年	月		
	年	月		
	年	月		
	年	月		
	年	月		
	年	月		
上記のとおり認定卒後臨床研修指導柔道整復師受審を申し込みます。				
令和 年 月 日				
申 込 者				
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: 柔道整復師免許証の写し