様式 9　　柔道整復師卒後臨床研修施設届　　【保険医療機関など用】

フ リ ガ ナ			
医 療 機 関 名			
フ リ ガ ナ		保険医療機関コード	【　　】
院　長　名 （診療所長名）			
診療開始年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日		
施 設 所 在 地	〒　　－ 都・道・府・県		
電 話 番 号	（　　）		
ＦＡＸ番号	（　　）		
所属する診療科名			
指導者氏名	医師名：　　（柔道整復師名：　　）		
施設の設置概要	医　師　数	人	
	診 療 科 目		
	柔道整復師数	人	
	研修生受入見込人数	人	
財団ホームページ届出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、

臨床研修施設の認定要件8頁12. に基づき臨床研修施設として届出をする。

平成　　年　　月　　日

（届出者） 医療機関代表者 氏名　　印

（役職　　）

公益財団法人柔道整復研修試験財団

代 表 理 事　　福　島　　統　殿