

(様式 1.1)

受付年月日

*

日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士試験 受験申請書

一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会理事長 殿

私は一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士制度規約に基づいて認定士試験を受験したく、必要書類および受験申請料を添えて申請します。

年 月 日

会員番号				
ふりがな	氏	名	印	生年月日
申請者氏名				年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・医師・看護師・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・その他 ()			
所属施設名				
所属施設所在地	〒 - 電話 - - FAX - -			
連絡先	〒 - 電話 - - FAX - -			
e mail				

申請書類

- (1) 認定士の受験申請書(様式 1.1)
 - (2) 履歴書(様式 2)
 - (3) 専門職の免許証(写し)
 - (4) e-learning 修了証(写し)
 - (5) 受験料の払い込み受領証(写し)
 - (6) 返信用封筒(返信先記載、切手 244 円分貼付)
封筒は長形 3 号を使用のこと。
- 認定士試験受験料 **10,000 円**はその振込兼利用明細書を A4 の用紙にコピーし添付すること。

受験
番号

*

* : 学会事務局記入欄のため記入しないこと

写真を貼付

写真裏面に記名

【振込先口座】

三井住友銀行 名古屋駅前支店 普通預金
口座番号 7323956
口座名称 一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会
代表理事 植田耕一郎