

士会推薦申請書（地域ケア会議推進リーダー）

公益社団法人 長崎県理学療法士協会 殿

申請者氏名： 印
所 属：
会員番号：

私は士会指定事業参加登録を申請し、地域ケア会議推進リーダー認定に必要な士会推薦を希望しますので、下記の士会指定事業等に関わる実績を添えて申請いたします。

当年度分の会費納入済（またはカード引き落とし予定）の会員が申請可能です。
経験年数5年未満、新人教育プログラム未修了、および休会中の会員は申請できません。

1. 過去1年以内に参加した士会指定事業

2. 地域ケア会議、または介護保険領域等での実績を具体的に記載し、所属長等より実績を証明する立場の方の証明を得てください。

申請者が上記実績を有することを証明致します。

所属・役職名：

氏 名：

印

3. 理学療法士経験年数_____年