**講師・世話人承認申請書**

年　　月　　日

公益社団法人大阪府理学療法士会　会長　殿

臨床実習指導者講習会大阪府養成校協議会　会長　殿

所属

氏名

臨床実習指導者講習会に係る講師・世話人の承認を受けたいので、確認事項を承諾し、下記により申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 生年月日 | ○○○○年○月○日 |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |
| 協会会員番号 |  |

［臨床実習指導者講習会受講］

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日 | 2020年○月○日－○日 |
| 開催会場 | ○○専門学校 |
| 調書・修了証書 | 別紙参照（2-3\_臨床実習指導者講習会世話人調書、修了証書の写しを添付して下さい。） |

以上

［確認事項］

＊承認後、大阪府講師・世話人候補者リスト（協議会事務局管理）に登録致します。

＊必要に応じて、協議会役員及び協議会会員（計画）校担当者に当該リストを提供します。