オンライン研修様式1-1号

単位取得申請書

公益社団法人 全国病院理学療法協会

　　　　支部長 　　　　　　　　様

　この度、技能認定登録制度による協会が定めるオンライン講習を受講しましたので、技能認定登録制度に係る単位の取得を下記のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 視聴年月日 | 視聴教材名(タイトル名) |
| 令和　年　 月　 日 |  |
| (視聴した要点及び考察等) | |

＊申請者は申請書に視聴年月日、教材名を記載し、視聴した内容を上記枠内に記載し支部長へ提出する。

令和　　年　　月　　日

所属支部名

申請者氏名　　　　　　　　　　印

オンライン様式1-2号

単位取得申請書

公益社団法人 全国病院理学療法協会

　　　　地方会執行委員長 　　　　　　　　様

　この度、技能認定登録制度による協会が定めるオンライン講習を受講しましたので、技能認定登録制度に係る単位の取得を下記のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 視聴年月日 | 視聴教材名(タイトル名) |
| 令和　年　 月　 日 |  |
| (視聴した要点及び考察等) | |

＊申請者は申請書に視聴年月日、教材名を記載し、視聴した内容を上記枠内に記載し執行委員長へ提出する。

令和　　年　　月　　日

所属支部名

申請者氏名　　　　　　　　　　印

オンライン研修様式1-3号

単位取得申請書

公益社団法人 全国病院理学療法協会

　　　　学会長 　　　　　　　　様

　この度、技能認定登録制度による協会が定めるオンライン講習を受講しましたので、技能認定登録制度に係る単位の取得を下記のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 視聴年月日 | 視聴教材名(タイトル名) |
| 令和　年　 月　 日 |  |
| (視聴した要点及び考察等) | |

＊申請者は申請書に視聴年月日、教材名を記載し、視聴した内容を上記枠内に記載し学会長へ提出する。

令和　　年　　月　　日

所属支部名

申請者氏名　　　　　　　　　　印