**認定理学療法士臨床認定カリキュラム教育機関　認定申請書（新規）**

公益社団法人日本理学療法士協会　御中

年　　月　　日

組織名：

代表者役職：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印

当組織は、標記の件につきまして、別添の申請書類を添えて申請いたします。

記

【教育機関　基本情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 開講分野 |  |
| 教育機関名称 |  |
| 教育機関所在地 | 〒　　　-  |

【申請者（教育機関管理者）　情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 氏名（漢字） |  |
| 所属先・所属部署 |  |
| 職位 |  |

※教育機関を開講する組織に属する者であること

※本会会員（在会）であること

【会計責任者　情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号（会員の場合） |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 氏名（漢字） |  |
| 所属先・所属部署 |  |
| 職位 |  |

※申請者（教育機関管理者）とは別に置くこと

※教育機関を開講する組織に属する者であること

【担当者（連絡窓口）　情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号（会員の場合） |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 氏名（漢字） |  |
| 所属先・所属部署 |  |
| 職位 |  |

※教育機関を開講する組織に属する者であること

【審査料　請求先情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 請求書　宛名 |  |
| 請求書　送付先住所 | 〒　　　-  |
| 請求書　送付先担当者所属先・所属部署・氏名 |  |

以上