様式１

**広島県地域リハビリテーション修了証申請書**

申請日　　　　年　　　　月　　　　日

氏　名（ふりがな）

　広島県地域リハビリテーション専門職等人材育成研修修了証交付要綱に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名 |  |
| 所在地 | （〒　　　―　　　　　　） |
| 職種 |  |
| 生年月日 |  |
| 連絡先（e-mail） |  |
| 地域リハビリテーションに係る研修受講状況 | 区　分 | 研　修　番　号 |
| 基　礎 |  |
| 専　門 |  |
| 研修や活動依頼のお知らせの希望について（当てはまるもの全てに✔を入れてください。） | □　①研修のお知らせを希望する。□　②活動依頼の連絡を希望する。□　③いずれも希望しない。（※①、②に✔をつけられた方は、地域リハビリテーション広域支援センターから情報提供をさせていただきます。） |

（注）この申請により、上記情報が、地域リハビリテーション支援センター、広域支援センター、サポートセンターへ情報提供されることに同意したものとみなします。

※申請後、記載内容に変更が生じた場合は、広島県健康づくり推進課（fukensui@pref.hiroshima.lg.jp）へ変更内容を連絡してください。

県記載欄　　受付日　　　　年　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確　認　者 | 修了証番号 | 備　　考 |
|  |  |  |