(様式　１）

日本義肢装具学会　義肢装具専門医ならびに日本義肢装具学会認定士

受験・講習会受講申込書

**□ 義肢装具専門医（医師対象） ・ □ 義肢装具学会認定士（PT,OT,PO対象）**　　　（どちらかに✔をつけて下さい）

ふりがな

氏　　 　名：

会 員 番 号：

卒業校/学部：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　写真（40ｍｍ×30ｍｍ）

卒 業 年 度：　　　　　年 　　　　　　　　　　　　　　　 スナップ写真不可　裏に記名

勤 務 機 関：

部 署 名：

職 種： 医師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 義肢装具士（どれかに○をして下さい）

資格取得年：　　　　年

※ご注意・専門医：申請時に、医師免許取得後6年以上を経過していること

・認定士：理学療法士、作業療法士、義肢装具士のうちいずれかの資格を有し、申請時に、資格取得後3年以上を経過していること

　　　　　・どちらも申請時に本学会に在籍し、また2年以上の会員歴を有すること

勤務機関所在地：〒

 　　　　　　　　　　　　　　　電話番号:　　　　(　　　　)

自　宅　住　所：〒

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話:　　　　(　　　　)

※　郵送物は現在学会誌が送られている場所に送付いたします。

e-mail：

 　　　※　連絡は原則メールにて行いますので、必ずご記入ください。

日本義肢装具学会入会年：西暦　　　　　年　(ご不明の場合は事務局までメールにてお問い合わせ下さい。E-mail：office@jspo.jp)

審査料**\7,000**の払込金受領証もしくは振込控（コピー可）を下記に貼付願います

|  |
| --- |
| 払込金受領証もしくは振込控（コピー可）貼付 |