**日本フットケア・足病医学会　第14回フットケア指導士認定試験申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | 印 | １：男２：女 |
| 申請者氏名 | 姓 | 名 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 現住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 勤務先施設名 |  | 所属部署 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 出願資格 | 医療資格名に〇をつけてください医師，看護師，准看護師，薬剤師，栄養士，管理栄養士，理学療法士，作業療法士，介護福祉士，義肢装具士，臨床検査技師，診療放射線技師，臨床工学技士 |
| 指導士セミナー修了証番号：　　　　　　　　　　　　　**※第12回セミナー受講者のみ修了証番号を記載してください。** |
| 指導士セミナー受講修了日：（西暦）　　　　年　　　月　　　日**※第13回セミナーもしくは2025年度セミナー受講者は修了証記載の日付を記載してください。** |
| 最終学歴 | 学校名 |
| （西暦）　　　　　　　年　　　　月　卒業 |
| 主な職歴（フットケア内容に関する事項を中心に記載、パート歴も含む） |
| フットケア実務期間 | 　　　　　　年　　　　　月間 |
| 本学会の会員歴 | 　　　　　　年　　　　　月間 | 会員番号： |

**※受験条件として、当学会に4年以上ご入会いただいている必要があります。**

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先施設長の承認 | 職　　　　　　　　署名公印 |