

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○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
-----------	------	----