

(書式：10)

## 日本ハンドセラピー学会認定臨床研修読み替え措置

### 自施設症例報告指導承諾書

20 年 月 日

研修者 \_\_\_\_\_ 様

施 設 \_\_\_\_\_

ご返答者

指導者 \_\_\_\_\_ 印

私（自施設症例報告指導者）は、一般社団法人日本ハンドセラピー学会認定ハンドセラピスト制度に基づく認定臨床研修読み替えにおける自施設症例報告書の指導を

承諾します

承諾しません

記

研修名 一般社団法人日本ハンドセラピー学会認定臨床研修読み替え  
自施設症例報告

指導方法 直接面談 メール ビデオ通話  
要相談（下記に連絡して下さい）

研修開始日 20 年 月 日 ～  
要相談

連絡先 メール ( \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ )  
電話 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )