

(書式：3)

一般社団法人日本ハンドセラピー学会認定臨床研修承諾書

20 年 月 日

申請者 _____ 様

研修施設 _____

施設長 _____ 印

当施設は、申請者が申請された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おける認定臨床研修を

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

研修開始日 : 20 年 月 日

研修形態 : 1 か月間 2 か月間 176 時間 352 時間
課題付研修

研修施設 : _____

研修指導者 : _____