様式１

平成　　年　　月　　日

公益社団法人全国柔道整復学校協会

会　長　　谷　口　和　彦　殿

（　開催主管者名　）　印

開催主管の指定及び開催申請書

下記の講習会について、公益社団法人全国柔道整復学校協会柔道整復師臨床実習指導者講習会実施規程に基づき開催主管の指定及び開催について申請します。

記

１　開催主管等

（１）　開催主管：

（２）　共催校等：

２　開催日及び開催地

（１）　開催日：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日

（実質的な講習時間：　　時間）

（２）開催地：　　　都道府県　　市

３　講習会実施担当者

（１）　講習会主催責任者数：　　　名

（２）　講習会企画責任者数：　　　名

（３）　講習会世話人数：　　　　　名

（４）　講習会実施担当者の氏名及び経歴：別添１のとおり

４　講習会の目標

５　参加者

（１）　参加者数：　　　名

（２）　参加者の要件：

（３）　討議及び発表におけるグループごとの人数：　　　名から　　　名まで

６　講習会進行表（プログラム）：別添３のとおり

７　その他

開催主管の指定及び開催申請書作成要領

１　１（２）の「共催校等」については、当該講習会に共催校、後援者等がある場合に記載すること。

２　２の「開催日及び開催地」については、分割開催する場合は、その理由、研修内容の一貫性に配慮した点について記載した書類を添付すること（任意用紙）

３　５（２）の「参加者の要件」とは、「５年以上実務従事した柔道整復師」など、当該講習会に参加することができる要件をいうものであること。

４　６の「講習会進行表」については、時刻、テーマ、実施方法、担当者等を記載した講習会進行表を添付すること。

５　７の「その他」については、やむを得ない事情により受講料を免除する場合、その理由を記載すること。

別添１

講習会実施担当者経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  | 性　別 | □ 男□ 女 |
|  |
| 現住所　〒　　　　－　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－ |
| 勤務先名称 |
| 勤務先　〒　　　　－　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－所在地 |
| 取得年月日 | 免許・資格等 | 登録番号等 |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |  |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |  |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |  |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |  |
| * 免許・資格等については写しを添付すること
 |
| 職歴・教育歴等 |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |
| 昭和・平成　年　月　日 |  |
| 賞　　　　　　　罰 |  |

上記のとおり相違ありません。

　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

別添２

講習受講者名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 | 生年月日 | 勤　務　先 | 柔道整復師免許登録番号 |
|  | 　　　　　　 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

様式２

写真貼付

（４㎝×３㎝）

裏面に氏名記入

撮影6か月以内

平成　　年度柔道整復師臨床実習指導者講習会

受　講　願　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 本籍：　　　　　　都道府県他 |
| 氏　名 |  | □ 男□ 女 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生 |
| 現住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX（　　　　）　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 携帯（　　　　）　　　－受講票を送るので、マンション名と部屋番号は必ずお書きください。 |
| 現在の勤務先 | 勤務先名称 |
| 〒　　　　－　　 電話（　　　　）　　　－ |
| 学　　歴 |
| 昭和・平成　　　年　　月 | 柔道整復師養成施設名（短大・大学を含む）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入学 |
| 昭和・平成　　　年　　月 | 同施設 卒業 |
| ※施設名変更の場合に記入 | 現在の施設名（※　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 柔道整復師免許 | 登 録 日：昭和・平成　　　　年 　　 　月 　　　 日登録番号： （第　　 　　　　　　 号） |
| 柔道整復師としての職歴 |
| 昭和・平成　　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　　年　　月 | 現在に至る |
| 賞　　　罰 |  |

様式３

|  |  |
| --- | --- |
| （開催主管控） |  |
| 平成〇〇年度　柔道整復師臨床実習指導者講習会受講票 |
| 写真貼付（受講願書書式２と同写真） | 受講番号 | 　 |
| ＊生年月日 | 昭和・平成　　 　　年　　 　　月　 　　日 |
| ＊フリガナ | 　 |
| ＊氏　名 | 　 |
| 公益社団法人全国柔道整復学校協会 |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 平成〇〇年度　柔道整復師臨床実習指導者講習会受講票 |
| 写真貼付（受講願書書式２と同写真） | 受講番号 | 　 |
| ＊生年月日 | 昭和・平成 　　　年 　　　月　 　　日 |
| ＊フリガナ | 　 |
| ＊氏　名 | 　 |
| 公益社団法人全国柔道整復学校協会 |
| ＊印項目のみ記載。　**受講時には必ずご持参ください。** |

様式４

柔道整復師免許取得後（登録日以降）５か年以上の勤務内訳表

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　（ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　　）㊞ |
| 柔道整復師免許登録日　　（昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日） |
| 勤　務　内　訳 |
| ＜１＞ 勤務先名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 入社（開設）～　退社（廃止） | 勤務時間 | 勤務（開業）期間 | **勤務継続中の場合** |
| 昭和・平成　　　　年　　　月～　昭和・平成　　　　年　　　月 | 週　　　時間 | 年 　　カ月 | 年 　　カ月 |
| ＜２＞ 勤務先名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 入社（開設）～　退社（廃止） | 勤務時間 | 勤務（開業）期間 | **勤務継続中の場合** |
| 昭和・平成　　　　年　　　月～　昭和・平成　　　　年　　　月 | 週　　　時間 | 年 　　カ月 | 年 　　カ月 |
| ＜３＞ 勤務先名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 入社（開設）～　退社（廃止） | 勤務時間 | 勤務（開業）期間 | **勤務継続中の場合** |
| 昭和・平成　　　　年　　　月～　昭和・平成　　　　年　　　月 | 週　　　時間 | 年 　　カ月 | 年 　　カ月 |
| 柔道整復師免許証登録日以降で証明のある合計年数が５カ年以上必要です。 | ＜１＞～＜３＞を合計すると計　 　 年　　カ月 |

（注１）上記の勤務は、履歴書に記載されていること。

（注２）勤務先（＜１＞～＜３＞）の証明書（別紙：実務従事証明書）は書式５に貼付すること。

（注３）受験者本人の施術所の開設期間を含める場合は内訳に記入したうえ、保健所への開設届等（コピー可）を添付すること。

様式５

実務従事証明

|  |
| --- |
| ＜１＞の勤務先を証明する別紙（実務従事証明書）の上部を糊付けしてください。 |

|  |
| --- |
| ＜２＞の勤務先を証明する別紙（実務従事証明書）の上部を糊付けしてください。 |

|  |
| --- |
| ＜３＞の勤務先を証明する別紙（実務従事証明書）の上部を糊付けしてください。 |

別紙

実務従事証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　 名（受験者） |  |
| 勤務期間 | 昭和・平成　　 年　　 月～ 　　 年　　 月（　　　）まで勤務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　）現在も勤務 |
|  |  |
| 施術所等の名　　　称 |  |
| 所在地電話番号 |  |
| 上記の者は記載の期間に**柔道整復師として**実務に従事していたことを証明いたします。 |
| 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 代表者署名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ㊞ |