

西暦 年 月 日

全国柔道整復学校協会会長 殿

専科教員認定講習会修了認定申請書（受講対象 B 用）

私は、修了認定の要件として、修了試験に合格し、かつ 5 年以上の実務に従事した経験を有したことから、本申請書に様式 18 - 2、18 - 3 及び修了試験合格証の写しを添えて柔道整復専科教員認定講習会の修了認定を申請いたします。

フリガナ			受講年度	令和 年度
氏 名	西暦 年 月 日生		受講番号	
			性 別	☐ 男 ☐ 女
現住所	フリガナ			
	〒 -			
	TEL :		e-mail : @	
現在の 勤務先	勤務先名称			
	〒 -		TEL () -	
学 歴				
年 月		柔道整復師養成施設名（短大・大学を含む） 入学		
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 : 年 月 日 登 録 番 号 : (第 号)		
柔道整復師としての職歴				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月		現在に至る		
賞 罰				

柔道整復師免許取得後（登録日以降）5 年以上の勤務内訳表

氏 名	(フリガナ)			
柔道整復師免許登録日 (西暦 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
年 月 ～ 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
年 月 ～ 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
年 月 ～ 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 年以上必要です。			< 1 > ～ < 3 > を合計すると 計 年 カ月	

(注 1) 勤務先 (< 1 > ～ < 3 >) の証明書 (別紙：実務従事証明書) 様式 18-4 は様式 18-3 に貼付すること。用紙が不足する場合は適宜様式をコピーして時系列に従って記載すること。

(注 2) 申請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。

実務従事証明（提出用）

< 1 > の勤務先を証明する「実務従事証明書」（様式 18 - 4）の上部を糊付けしてください。

< 2 > の勤務先を証明する「実務従事証明書」（様式 18 - 4）の上部を糊付けしてください。

< 3 > の勤務先を証明する「実務従事証明書」（様式 18 - 4）の上部を糊付けしてください。

実 務 従 事 証 明 書

氏 名	
勤務期間 施術所等の 名 称 所 在 地 電 話 番 号	年 月～ 年 月 () まで勤務 () 現在も勤務
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。 西暦 年 月 日 代表者署名 (直筆)	