

札幌医科大学附属病院研修理学療法士・作業療法士願書

令和 年 月 日

札幌医科大学附属病院研修理学療法士・作業療法士を志望しますので、次のとおり申請します。

※受付番号	第 号	※受付月日	月 日				
ふりがな			性 別	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	
氏 名	Ⓔ						
現 住 所	〒 電話番号 E-mail					本 籍 地	
現住所以外 の連絡先	〒 電話番号 E-mail						
最終学歴	昭和 平成 令和		年 月		大学 学校	学部 学科	卒 業 卒業見込
出 願 する プログラム名 (いずれかに○)	総合研修プログラム			専門研修プログラム			
希 望 する 研 修 コース名 (いずれかに○)	専門研修プログラムを出願する場合のみ、希望するコースを選択して下さい。						
	運動器 障害系コース	内部 障害系コース	中枢神経 障害系コース	高次脳機能 障害系コース			
希 望 する 研 修 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	研修期間は4月1日から原則1年。ただし、研修内容によって総合研修プログラムは半年以上2年まで、専門研修プログラムは半年以上3年までの研修が可能です。						
本研修プログラムの 志 望 動 機							

(注) ※欄は記入不要です。

(裏面に続く)

<p>本研修で学びたい と思っていること (希望する研修内 容や自身の到達目 標など)</p> <p>※400字程度</p>	
<p>理学療法または作 業療法に関するこ れまでの臨床活動 及び研修活動(研 修会等への参加) (対象としてきた 病態について具体 的にお書きくださ い。新卒者は臨床 実習の状況をお書 きください。)</p> <p>※600字程度</p>	
<p>本研修の修了後に 希望する進路 (または自身の業 務にどのように活 用していくか)</p> <p>※400字程度</p>	