日本離床研究会主催　離床インストラクター・アドバイザー・プレアドバイザー認定試験

受　験　願　書

申請日　平成　　年　　月　　日		受験番号	*記入しないでください

受験したい資格を選んで〇をつけてください （必須） 1．離床インストラクター（筆記）　2．離床アドバイザー 3．離床プレアドバイザー			写　真 1. 写真の裏面に氏名・受験地を記入して、全面に糊を付け、しっかりと貼り付けてください。 2. 出願前3か月以内に撮影した脱帽、上半身、正面向きで背景のないものを用いてください。また、受験時に眼鏡等を使用する方は、必ずそれらを着用した写真を用いてください。 （ 4.5cm×3.5cm ）
フリガナ （必須）			
氏名 （必須）	氏	名	
生年月日 （必須）	昭和 平成　　年　　月　　日生	年齢	歳
フリガナ （必須）			
現住所 （必須）	〒 TEL:　　FAX:		
E-mail （必須）			
種別 （必須）	1．会員　　2．一般　（合格後認定には会員登録が必要になります）		
資格 （必須）	1．医師　2．看護師　3．理学療法士　4．作業療法士　5．言語聴覚士 6．介護福祉士　7．薬剤師　8．臨床検査技師　9．栄養士　10．診療放射線技師 11．臨床工学技士　12．その他［　　］		
所属 施設 （必須）	所属施設名:　　施設の所在地 都 道 府 県 試験に合格し、資格認定を受けた方の所属施設名をホームページ上に掲載します 掲載を希望しない方は右にチェックをしてください　☐掲載を希望しない		
試験会場 （必須）	受験したい会場を選んで〇をつけてください 1．札幌　2．仙台　3．東京　4．名古屋 5．大阪　6．高松　7．福岡		

写　真

1. 写真の裏面に氏名・受験地を記入して、かるく貼ってください。
2. 出願前3か月以内に撮影した脱帽、上半身、正面向きで背景のないものを用いてください。また、受験時に眼鏡等を使用する方は、必ずそれらを着用した写真を用いてください。
（ 4.5cm×3.5cm ）

全て記入漏れがないか確認の上特定記録郵便にて
事務局あてに郵送してください

※出願期間を過ぎての入金は受付されません

←受験票に使用しますので落ちない程度に軽く貼ってください