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　　　　　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　　　　卒　　業  平成　　　　年　　　月　　　　　　　　　　　　　学部　　　　学科  令和　　　　　 　　　　　　　　　　 学校　　　　　　　　　　　　　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 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）  ※４００字程度 |  |
| 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。）  ※６００字程度 |  |
| 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）  ※４００字程度 |  |