

受講者各位

PNF 講習会をスムーズに進行していくため、会員登録時の情報とともにコース運営に活用させていただきます。参加決定通知受領後、下記書類へご記入の上、*指定の期日までに国際 PNF 協会認定コース事務局までお送りください。
 (*:受講決定者メールにてご連絡いたします。)

記入日:西暦 年 月 日

ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	西暦 年 月 日生 (歳)
資 格	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 医師 (西暦 年取得)

受講コース名	
受 講 期 間	(平成 年) 年 月 日 ~ (平成 年) 年 月 日 (平成 年) 年 月 日 ~ (平成 年) 年 月 日

国際認定コース受講歴	
ベーシックコース (Level 1+2)	受講年度 Level 1 : 西暦 年 月 Level 2 : 西暦 年 月 インストラクター名:
アドバンスコース (Level 3/Kaiser 3month)	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:
アドバンスコース (Level 3b/Kaiser 6 month)	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:
アドバンスコース (Level 4A)	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:
アドバンスコース (Level 4B)	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:
アドバンスコース (Level 5)	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:

※ IPNFA Kaiser PNF コース受講者は、コース受講歴については「受講年度」のみ記載してください。
 ※コース受講歴の多い方は、別途記載してください。

勤務先	
勤務先形態	病院(急性期・回復期・維持期)・クリニック・診療所・老人保健施設・養成校 訪問リハビリ・開業(自費診療)・その他()
リハスタッフ数	PT 名 ・ OT 名 ・ ST 名
病床数	床
主に対象となる疾患	中枢疾患 % 、 整形疾患 % 、 内科系 % 外科 % 、 呼吸 % 、 その他 % ()

◆これまでの経験についてお答えください。
 他の講習会、勉強会参加歴及び今後参加予定の講習会

◆今回の講習会に参加するきっかけとなった受講動機ならびに、講習会で学びたい課題についてお聞かせください。

◆今回のコースへの希望、興味や疑問に感じていることがあればお聞かせください。

ご記入ありがとうございました。