日本クリニカルパス学会　パス上級指導者申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | |
|  | | |
| 会員番号 | Ａ | 職　種 |  |
| 生年月日 | 西暦 年　　月　　日生 | 性　別 | * 男　 　□ 女 |
| 指導者  認定番号 |  | 個人会員歴 | 年　　ヶ月 |
| 書類送付先/  連絡先  （認定証） | 書類送付先：　　　　　　□ 勤務先　　　　　　□ 自宅 | | |
| 住所：〒 | | |
| TEL： | | |
| FAX： | | |
| E-mail： | | |
| 所属 | 勤務先名： | | |
| 部署名： | | |
| 役職名： | | |
| 氏名の公開 | 認定された場合、学会ホームページへの公開の可否：　　□ 可　　　　□ 否 | | |
| 施設宛通知 | 認定された場合、施設への認定通知：　　□ 希望する　　□ 希望しない  ※原則として施設長宛に送付しますが、施設長以外への送付を希望される場合には、  　役職名・宛名をご記入ください。  施設長以外への送付希望：宛名　　　　　　　　　役職名 | | |