年 　月 　日

公益社団法人 全日本鍼灸学会　会長殿

**当施設を全日本鍼灸学会認定制度規程による全日本鍼灸学会指定研修施設の内容に変更が生じたため下記の書類を添えて申請いたします。**

施設名　　：

住　所　　：

連絡方法　：Tel：

e-mail：

申請代表者：

**公益社団法人　全日本鍼灸学会指定研修施設登録変更届**

**＊太枠の内容は、必ず記入ください。**

**＊変更箇所を記入いただきご提出ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請年月日** | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| **施設名称** |  | | | | | | | | | | | 公印 | | |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **施設責任者**  役職名・氏名  自署または記名捺印 |  | | | | | | | | | | 印 | | | |
| **所在地** | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 都道府県名 | 市区町村名 | | 番地など | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **建物名** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **代表TEL** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **代表FAX** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **責任指導鍼灸師** |  | | | | | | （ある場合のみ記載） | | | | | | | |
| **指導鍼灸師**  **登録申請者**  **(申請中も含む)** | 氏　名 | | | | 役　　職 | | | 専攻鍼灸師が陪席可能な外来診療頻度 | | | | | | 認定番号 |
| **1** |  | | | |  | | |  | | 回 / 週・月 | | | |  |
| **2** |  | | | |  | | |  | | 回 / 週・月 | | | |  |
| **3** |  | | | |  | | |  | | 回 / 週・月 | | | |  |
| **4** |  | | | |  | | |  | | 回 / 週・月 | | | |  |
| **5** |  | | | |  | | |  | | 回 / 週・月 | | | |  |
| **専攻鍼灸師**  **受入可能人数** | 名 | | 専攻鍼灸師とは学会認定試験受験のために研修する鍼灸師を指します。 | | | | | | | | | | | |
| 審査結果送付先（総務課等、責任指導鍼灸師でない宛先を希望される場合のみ記載） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |