

東京都臨床整形外科医会セラピスト（資格継続のための）研修会申込書

（令和 8 年 7 月 12 日開催）

当院よりセラピスト 名 受講申し込みします。

（Ⅰ）所属医療機関名

責任指導医氏名

医療機関連絡先

《住 所》 〒

《電 話》

《F A X》

《メールアドレス》

（Ⅱ）受講申し込みセラピスト

セラピスト氏名

生年月日
(西暦)

セラピスト研修認定証番号
(9ケタの数字)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

※定員に達した場合及び開催不可能と判断した場合には、TCOA ウェブサイト(<https://tcoa.jp/>)に掲載いたします。

送付先

東京都臨床整形外科医会 事務局

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館 405

office_tokyo@tcoa.jp