

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。参加決定後、下記内容を記載の上、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。(* : 締め切りに関しては受講決定者にメールにてご連絡いたします。)

ふりがな 氏名		記載日	平成 年 月 日
参加コース		参加期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
コース受講歴	ベーシックコース (Level1+2) 受講年度 Level1 : 平成 年 月 Level2 : 平成 年 月 インストラクター :		アドバンスコース (Level3 / Kaiser 3 month) 受講年度 : 平成 年 月 インストラクター :
	アドバンスコース (Level3b / Kaiser 6 month) 受講年度 : 平成 年 月 インストラクター :		アドバンスコース (Level4) 受講年度 : 平成 年 月 インストラクター :

*IPNFA Kaiser PNF コース受講者はコース受講歴につきまし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。

➤ 勤務先についてお答えください。

勤務先名称 :

形態:急性期・回復期・維持期・クリニック・診療所・Private Practice(自費診療)・その他

スタッフ数 : P T

O T

S T

入院数 (病床数) :

主に対象となる疾患 : 中枢 % ・ 整形 % ・ 内科系 %

外科 % ・ 呼吸 % ・ その他 %

