令和　　　年　　月　　日

静岡県理学療法士会会長　様

会員番号：

施設名　：

氏　名　：

管理者経歴申告書

下記の内容で経歴を申告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 経験年数 | 　　　　　年目 |
| 管理者歴 | 役職： |
| 期間：　　　　年　　月　～　　　　年　　月 |
| 役職： |
| 期間：　　　　年　　月　～　　　　年　　月 |
| 役職： |
| 期間：　　　　年　　月　～　　　　年　　月 |
| 管理者年数 | 　　　年　　　　カ月 |
| 現職場の証明（職場長の氏名及び承認印） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 連絡先 | 電　話：E-mail： |

以上

令和　元　年　〇　月　〇　日

静岡県理学療法士会会長　様

会員番号：○○○○○○○○

施設名　：○○○○○○○○

氏　名　：○○○○○○○○

管理者経歴申告書

下記の内容で管理者経歴を申告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 経験年数 | 　　5　　　年目 |
| 管理者歴 | 役職： ○○病院　○○チームリーダー |
| 期間： 平成30年4月～平成30年8月 |
| 役職： ○○病院　回復期病棟主任 |
| 期間：平成21年4月～平成24年3月 |
| 役職：介護老人保健施設　○○○○　理学療法部門主任 |
| 期間：平成24年4月～平成28年4月 |
| 管理者年数 | 1　年　　3　　カ月 |
| 現職場の証明（職場長の氏名及び承認印） | ○○病院・介護老人保健施設○○　科長、部長、院長、管理者　○○○○（氏名）　　　　印 |
| 連絡先 | 電　話：E-mail： |

以上