申請日：　　　年　　　月　　　日

**ディサースリア・スーパー認定セラピスト　資格認定登録申請書**

日本ディサースリア臨床研究会　会長　殿

私は資格認定を取得する条件である４項を満たしたことから，ディサースリア・ス

ーパー認定セラピストの資格認定登録について申請致します．

|  |  |
| --- | --- |
| 日本ディサースリア臨床研究会会員番号 |  |
| 申請者 | 氏名 |  |
| 所属施設 |  |
| 認定修了証送付先住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 標準ディサースリア検査（AMSD）講習会　受講確認 | ※出席されたAMSD講習会の回数と開催年を記載して下さい．第　　　回（　　　　年開催） |
| 高齢者の発話と嚥下の運動機能向上プログラム（MTPSSE）講習会受講確認 | ※出席したMRPSSE講習会の回数と開催年を記載して下さい．第　　　回（　　　　年開催） |
| スキルアップセミナー　受講確認 | ※出席したMRPSSE講習会の回数と開催年を記載して下さい．第　　　回（　　　　年開催） |

※資格認定登録申請書は，総務部にメールでお送り下さい．

※受講確認のため，申請時にAMSD講習会，MTPSSE講習会，スキルアップセミナーの修了証

の写しを添付して下さい．

※ディサースリア・スーパー認定セラピストの資格認定を取得された方は，本研究会ホーム

　ページに資格認定取得者として氏名，所属施設を掲載致しますので，ご了承下さい．

以下の太枠内は事務局で記載しますので何も書かないでください．

|  |  |
| --- | --- |
| 資格取得条件の確認 | AMSD　　□出席（第　　回）　□未出席MTPSSE　□出席（第　　回）　□未出席スキルアップセミナー　□出席（第　　回）　□未出席 |
| 認定料入金の確認 | □入金確認　（入金日：　　　年　　　月　　　日） |
| 認定修了証発行 | □修了証作成　　□修了証発送 |
| 会長承認 | □承認（承認日：　　年　　月　　日）（登録番号　　　　　　　　　）□未承認 |

【送付先】

　日本ディサースリア臨床研究会　総務部　E-mail：soumu@dysarthrias.com