

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)	
高齢者の発話と嚙下の運動機能向上 プログラム (MTPSSE) 講習会 受講確認	※出席した MRPSSSE 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 MRPSSSE 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 <input type="checkbox"/> 出席 (第 回) <input type="checkbox"/> 未出席 MTPSSE <input type="checkbox"/> 出席 (第 回) <input type="checkbox"/> 未出席 スキルアップセミナー <input type="checkbox"/> 出席 (第 回) <input type="checkbox"/> 未出席
認定料入金の確認	<input type="checkbox"/> 入金確認 (入金日： 年 月 日)
認定修了証発行	<input type="checkbox"/> 修了証作成 <input type="checkbox"/> 修了証発送
会長承認	<input type="checkbox"/> 承認 (承認日： 年 月 日) (登録番号 ) <input type="checkbox"/> 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

日本ディサースリア臨床研究会