

申請日： 年 月 日

ディサースリア認定セラピスト 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3項を満たしたことから、ディサースリア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	
	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		※出席した AMSD 講習会の回数と開催年を記載してください。 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 MRPSSE 講習会の回数と開催年を記載してください。 第 回 (年開催)

※ディサースリア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
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	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 未承認

【送付先】

〒198-0004 東京都青梅市根ヶ布 1-642-1 多摩リハビリテーション学院専門学校内
日本ディサースリア臨床研究会 事務局 鈴木真生
E-mail: info@dysarthrias.com