

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 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もしくは ミニレクチャー 受講確認 | | ※受講されたセミナーに <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、出席された回数と開催年 を記載して下さい。 <input type="checkbox"/> スキルアップセミナー 第 回 (年開催) <input type="checkbox"/> ミニレクチャー 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。なお、ミニレクチャーは修了証がないため、出席された回数と開催年を必ず記載して下さい。

※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もしくはミニレクチャー <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 |

【提出先】

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