|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

医療BSC学会認定指導者制度規程

別表　２

第10回 日本医療バランスト・スコアカード研究学会

「医療BSC学会認定指導者」認定審査試験申込書

申込日: 平成　　　年　　月　　日

日本医療バランスト・スコアカード研究学会

認定審査委員会　御中

|  |
| --- |
| 写真貼付け欄（縦4×横3㎝）受験申込６ヵ月以内に撮影した写真の裏面に氏名と生年月日を記入後、貼ってください |

フリガナ

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日： 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 生　（満　　　歳）

性別：　男　・　女

本学会個人正会員の会員番号（賛助会員は不可）：

現住所：

〒

連絡先（現住所以外に合格通知書等の連絡を希望する方のみ記入）

〒

連絡先電話番号：　　　　－　　　　－

連絡先e-mail：　　　　 　＠

勤務先等名称：

最終学歴： 昭和・平成　　年　　月 卒業

（次葉へ続く）

（１）医療BSC学会認定指導者制度規程 第4条②の要件

受験資格保有に関する宣誓：（申込書に証明書類を添付する場合は不要）

私は、認定審査試験実施細則2.に規定されている受験資格を保有しており、以下に記述した

職歴、研究歴または学会会員活動歴は、真実に相違ないことを宣誓します。

　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

1. 経歴種類の選択（該当する□にレを記入すること。）
	* 職歴（業務期間は、１ヶ月に概ね８０時間以上の業務を勤続した期間を記入すること。）

勤務先名：

　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　～　　　　年　　　月　　（　　　年　　月間）

勤務先名：

　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　～　　　　年　　　月　　（　　　年　　月間）

* + 研究歴（大学・大学院・医療、介護系専門学校又は研究学会、その他類似機関）

組織名：

主な活動・テーマ名：

　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　～　　　　年　　　月　　（　　　年　　月間）

* + 会員活動歴

昭和・平成　　　年　　　月　　～　　　　年　　　月　　（　　　年　　月間）

（２）医療BSC学会認定指導者制度規程 第4条③の要件

　　　　■　理論研修終了日　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　平成　　　年　　月　　日

■　ワークショップ見学OJT研修終了日　　　　 　　　　 　平成　　　年　　月　　日

･･････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････

学会使用欄：（　受付№　　　　　　）　　　　　　　　 　 受付日：平成　　年　　月　　日

申込料金入金確認日：平成　　年　　月　　日

資格要件確認日：平成 　年　　月　　日　確認者:

　　　　　　　　　　　　　受験可否通知日：平成　　年　　月　　日　通知者：

　受験可否通知内容：（　可 ・ 不可 ）