

心と体のリハビリテーション研究会
Spine Dynamics療法認定事務局(KCST)御中

20 年 月 日

Spine Dynamics療法認定申込書

私 _____ は、最下段 [] 内容を誓約し、以下申請致します。

(該当項目にチェックマーク)

申請種類 : 施設認定 認定資格 上級認定資格

申請の種類 : 新規登録 登録変更 登録返上

認定登録状況(現状) (初回登録の場合は記入不要です)

現行認定 : 施設認定 認定資格 上級認定資格

登録番号 : _____

申請者(施設またはセラピスト) : 施設名または氏名 : _____

フリガナ : _____

ローマ字 : _____

生年月日(西暦) : _____

メール : _____

登録情報に変更なし(変更なしの場合、以降の項目は記入不要です。)

自宅 : 住 所 : 〒 _____

電 話 : _____ FAX : _____

勤務先 : 施設名 : _____

所 属 : _____

住 所 : 〒 _____

電 話 : _____ FAX : _____

連絡先 : 自宅 ←または→ 勤務先

HP等での公開 : 公開 ←または→ 非公開

(「公開」の場合、HPには、組織名、氏名、資格種類などが表示されます。)

誓約内容 : 認定施設またはセラピストとして、Spine Dynamics療法認定の制度と目的を充分理解し、Spine Dynamics療法認定規定に定める事項を遵守します。
また、Spine Dynamics療法の理論と実践に基づいたケアサービスの提供し、患者様や利用者様のQOL向上に努めます。