

日本感覚統合学会

感覚統合療法認定セラピスト資格認定試験申請書

日本感覚統合学会 御中

私は下記のとおり第____回 感覚統合認定セラピスト資格認定試験の受験を申請致します。

年 月 日

(ふりがな) 申請者名			
会員番号		職種	
勤務先 (勤務先名)			
勤務先住所	〒		TEL:
	E-mail:		FAX:
緊急連絡先 (携帯電話)	TEL:		

これまでの感覚統合に関する講習会の受講歴 (認定講習会、アドバンス、ミニ実践、JPAN 習得コース等)			
講習会名称 (主催団体)	年月日	開催地	修了番号

試験期日希望 (いずれかに○を記載して下さい)

第1希望	第1日目	午前 ・ 午後	第2日目	午前 ・ 午後
第2希望	第1日目	午前 ・ 午後	第2日目	午前 ・ 午後
第3希望	第1日目	午前 ・ 午後	第2日目	午前 ・ 午後

※申請者は記載しないこと

申請書受理年月日	
認定審査年月日	
備考	