書式Ｇ－１ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

西暦 　　　　　年 　　　月 　　日

資格認定における指導実施及び合格承認について

日本臨床動作学会資格認定委員会

委員長　　　　　　　宮　脇　　宏　司　殿

　　□　動作学講師　　　□　臨床動作士　　□　認定動作士

認定番号　　　号

　　ふりがな

　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　都道府県（　　　　　）

2017年度資格認定審査において臨床動作学講師より、

（課題名等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の

指導を受ける条件付きで合格しました。

つきましては、臨床動作学講師より別紙のとおり指導を受けましたので

報告いたします。

　　別紙様式Ｇ－２のとおり、指導を行いました。

西暦 　　　　　年 　　　月 　　日

臨床動作学講師　氏 　名 　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　コメント欄

書式Ｇ－２ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

資格認定における指導実施について

第1回

指導実施日　　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　：　　　　　　時間数　　　　分

場　　　　所

課　題　等

第２回

指導実施日　　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　：　　　　　　時間数　　　　分

場　　　　所

課　題　等

第３回

指導実施日　　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　：　　　　　　時間数　　　　分

場　　　　所

課　題　等

第４回

指導実施日　　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　：　　　　　　時間数　　　　分

場　　　　所

課　題　等

第５回

指導実施日　　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　：　　　　　　時間数　　　　分

場　　　　所

課　題　等

第６回

指導実施日　　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　：　　　　　　時間数　　　　分

場　　　　所

課　題　等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

臨床動作学講師　氏 　名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　□　動作学講師　　　□　臨床動作士　　□　認定動作士

認定番号　　　号

　　ふりがな

　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　都道府県（　　　　　）