

協会指定管理者（初級）

受講要件 推薦書

年 月 日

下記の者を、「協会指定管理者（初級）」への士会推薦といたします。

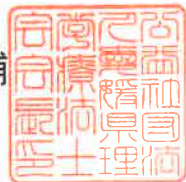
推薦者氏名：

会員番号：

所属施設：

都道府県士会： 公益社団法人 愛媛県理学療法士会

会 長： 木 口 大 輔



※士会ご担当者様は、上記をご記入の上、推薦する方にこの書面をお渡してください。

※推薦された方は、協会指定管理者（初級）の受講要件の申請の際に、こちらの書面を添付してください。