

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：奈良県理学療法士協会

会 長： 増 田 崇



※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下さい

※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、こちらの書類を添付
してください