**（山口県士会：推進リーダー様式２）**

**士会推薦申請書（介護予防推進リーダー）**

一般社団法人山口県理学療法士会

地域包括ケアシステム推進部　部長　　殿

申請者氏名：

ふりがな：

住　　所：〒　　－

所　　属：

会員番号：

生年月日：

　　（例：1978.03.08）

私はeラーニング受講免除のための士会推薦を希望しますので、下記の介護予防等に関わる実績を添えて申請いたします。

1. 介護予防、または介護保険領域等での実績を具体的に記載してください。

２．理学療法士経験年数　　　　　年

３．令和5年度・令和6年度に参加した士会指定事業

　　(1)士会活動：

　　(2)地域包括ケア関連活動：

※当年度分の会費納入済（またはカード引き落とし予定）の会員が申請可能です。登録理学療法士未取得、および休会中の会員は申請できません。