書式Ｂ－１ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

認定動作士認定推薦書

西暦 　　年 　 月 　 日

日本臨床動作学会理事長 殿

推薦者

氏名 　　　　　　　　　　　印

所属

氏名 　　　　　　　　　　　印

所属

下記の者について、認定動作士に推薦いたします。

記

ふりがな

１ 申請者氏名

２ 住 所

３ 所 属

書式Ｂ－２ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

臨床動作士認定推薦書

西暦 　　年 　 月 　 日

日本臨床動作学会理事長 殿

推薦者

氏名 　　　　　　　　　　　印

所属

氏名 　　　　　　　　　　　印

所属

下記の者について、臨床動作士に推薦いたします。

記

ふりがな

１ 申請者氏名

２ 住 所

３ 所 属

書式Ｂ－３ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

臨床動作学講師認定推薦書

西暦 　　年 　 月 　 日

日本臨床動作学会理事長 殿

推薦者

氏名 　　　　　　　　　　　印

所属

氏名 　　　　　　　　　　　印

所属

下記の者について、臨床動作学講師に推薦いたします。

記

ふりがな

１ 申請者氏名

２ 住 所

３ 所 属