

第10回日本ウィメンズヘルス・メンズヘルス理学療法研究会学術大会  
奨励賞応募シート

ふりがな		日本理学療法士協会 会員番号
氏名	印	
所属		

理学療法士養成校卒業年（西暦）	年 月	
卒業から現在までの実年数 ①	年 月	
休暇取得期間 ② 産前・産後・育児・介護 その他 該当する休暇を○で囲んでください	年 月～ 年 月	計 年 月
休暇取得期間 ③ 産前・産後・育児・介護 その他 該当する休暇を○で囲んでください	年 月～ 年 月	計 年 月
休暇取得期間 ④ 産前・産後・育児・介護 その他 該当する休暇を○で囲んでください	年 月～ 年 月	計 年 月
①－（②＋③＋④）	年 月	

\* 産前・産後・育児休暇を連続で取得した場合は複数選択の上1回として合計期間を記入してください

\* 奨励賞対象者

理学療法士養成校卒業後10年0カ月以内

ただし、卒業後に産前産後休暇・育児休暇・介護休暇等を取得した期間を除く

上記の者は、奨励賞の対象となることを証明する

証明者氏名	印
証明者役職	

\* 申請者自身が施設代表者の場合はご自身の役職と氏名をお書きください

必要事項をご記入の上、PDFファイルに変換後下記アドレスに添付して送信してください。

宛先 [jwhmhpt.conference2024@gmail.com](mailto:jwhmhpt.conference2024@gmail.com)

メール送信の際は件名は必ず「奨励賞応募」としてください。