＜様式-1＞

20 　　年　　 月　 　日

**日本医療教授システム学会**

**医療学習デザイナー審査申請書**

日本医療教授システム学会

資格認定委員会委員長　様

所属

　ふりがな

氏名

記

　私は、日本医療教授システム学会における「医療学習デザイナー」の審査を申請いたします。

|  |
| --- |
| 【メールアドレス】 |
| 【認定証送付　メールアドレス】 |
| 【連絡先　電話番号】 |
| 【職種】　　　　　　　【職位】 |
| 【最終学歴】修了（卒業）　　　　年 　　月 |
| 【認定ラーニングアシスタント　認定日】　　　　　　年　　　　月 |
| 【会員番号】 |

以上