

## 【パワーリハビリテーション上級指導員更新手続き】

パワーリハビリテーション上級指導員の更新をご希望される方は、以下のお手続きが必要になります。

- 1 ① パワーリハビリテーション上級指導員更新申請書  
② 4年間のパワーリハビリテーション活動報告書  
③ パワーリハビリテーション上級指導員更新条件確認書  
を事務局までご郵送下さい。（\*FAX、メールなどでのご送付は受理いたしません。）
- 2 申請書類の受理後、申請内容等を審査いたします。
  - \* 上級指導員の更新に関しましては、所定の条件を満たすことが必要となります。
  - \* 詳細は当学会ホームページ（認証制度のご案内）をご参照いただくか、ホームページのお問い合わせからご連絡ください。
- 3 審査終了後、ご記入いただきました返信先住所宛に、審査結果と上級指導員証をご郵送します。
  - \* 審査には1ヶ月程お時間がかかる場合もございます。ご了承ください。
  - \* 更新には証書発行手数料がかかりますので、振込用紙（2千円）を同封いたします。
  - \* 手数料のご入金を確認致しましたら、上級指導員証をご郵送いたします。
- 4 フリクションや鉛筆等でのご記入は消えてしまうのでご遠慮ください。

＜上級指導員更新申請書類等郵送先ならびに問合せ先＞

〒160-0008 東京都新宿区四谷三栄町3番7号 森山ビル東館5階

FAX：03-5919-3827 E-mail：info@jsfrc-powerreha.com

一般社団法人 日本自立支援介護・パワーリハ学会事務局

ホームページアドレス：<https://jsfrc-powerreha.jp/>

# ①パワーリハビリテーション上級指導員更新申請書

パワーリハビリテーション上級指導員資格の更新を申請します

申請日	年 月 日
ふりがな 氏 名	印
職種 資格のあるものすべて に <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> その他 _____
パワーリハビリテーション 実務期間	年 月
パワーリハビリテーション 上級指導員証番号	
一般社団法人日本自立支援 介護・パワーリハ学会 会員番号	個人会員 A 施設会員 法人会員 *当てはまる方に○を付けてください 会員番号：
連絡先住所 *勤務先の場合は施設名も ご記入下さい。	(自宅・勤務先) 〒 _____
連絡先 TEL・FAX 番号	TEL : _____ FAX : _____

※フリクションや鉛筆等での記入はご遠慮ください。

## ②パワーリハビリテーション活動報告書

一般社団法人

日本自立支援介護・パワーリハ学会 殿

以下にパワーリハビリテーションの活動を報告する

氏名： \_\_\_\_\_ 印

期間	年 月 ～ 年 月
活動内容	*4年間のパワーリハビリテーションに関わる活動をご自由にお書き下さい

※フリクションや鉛筆等でのご記入はご遠慮ください。

### ③パワーリハビリテーション上級指導員更新条件確認書

<使用マシンについて> 使用しているマシンについて☑、もしくはご記入下さい。

推奨機器 Compass シリーズ <input type="checkbox"/> ドイツ製 <input type="checkbox"/> S シリーズ <input type="checkbox"/> Z シリーズ	<input type="checkbox"/> トーソエクステンション/フレクション <input type="checkbox"/> ホリゾンタルレッグプレス <input type="checkbox"/> レッグエクステンション/フレクション <input type="checkbox"/> ヒップアブダクション/アダクション <input type="checkbox"/> ローイング MF <input type="checkbox"/> チェストプレス <input type="checkbox"/> その他 (                      )
<input type="checkbox"/> C シリーズ <input type="checkbox"/> PRexer シリーズ	<input type="checkbox"/> トーソエクステンション <input type="checkbox"/> トーソフレクション <input type="checkbox"/> レッグプレス <input type="checkbox"/> レッグエクステンション <input type="checkbox"/> レッグフレクション <input type="checkbox"/> ヒップアブダクション <input type="checkbox"/> ヒップアダクション <input type="checkbox"/> ローイング MF <input type="checkbox"/> チェストプレス <input type="checkbox"/> その他 (                                      )
推奨機器以外の機種名 *使用している場合のみ	

#### <更新条件確認書について>

下記の項目について1つ以上☑し、必要書類を添付下さい。

- 認定期間中に開催される学術大会に2回以上参加  
(参加証のコピーを添付すること)
- 基礎研修会での座学講師  
(必ず依頼書やプログラムなど実施の証明が可能なものを添付すること)
- 基礎研修会のワークショップ講師  
(必ず依頼書やプログラムなど実施の証明が可能なものを添付すること)
- 地域で開催されるパワーリハに関連する研修会の講師  
(必ず依頼書やプログラムなど実施の証明が可能なものを添付すること)
- 学術大会または他の学会でのパワーリハに関連する演題発表  
(抄録など証明が可能なものを添付すること)
- 学術誌への投稿  
(学術誌のページをコピーし添付すること)

#### <上記条件における注意事項>

- ・法人や事業所内等での勉強会講師は更新条件には含まない
- ・講師等行ったら、必ず依頼書や抄録など実施の証明が可能なものを添付すること