

# 実施施設認証申請手続き

実施施設の認証申請には、以下のお手続きが必要になります。

- ① 「実施施設認証申請書」、「ホームページ掲載内容」に必要事項を記入し、事務局まで原本をご郵送下さい。

\* 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。

\*認証に関しましては、①一般社団法人日本自立支援介護・パワーリハ学会施設会員もしくは法人会員であること ②一般社団法人日本自立支援介護・パワーリハ学会発行の「運動器の機能向上サービスに関連する実務者研修会（パワーリハビリテーション基礎研修会）」修了証をお持ちの方が申請する施設に在籍していること ③パワーリハビリテーション実施期間が上肢・下肢・体幹のすべてを含む3機種以上の学会推奨機器にて6ヶ月以上であることが要件となります。

・詳細は学会ホームページ（認証制度のご案内）をご参照下さい。

- ③ 審査終了後、ご記入いただきました住所宛に、審査結果と認証証を郵送致します。

- ④ ホームページ掲載内容に関しましては、ご記入いただいた内容に基づき、当学会ホームページに掲載させていただきます。

<実施施設認証申請書類等郵送先ならびに問合せ先>

一般社団法人 日本自立支援介護・パワーリハ学会事務局

〒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](mailto:info@jsfrc-powerreha.com)

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

## 実施施設認証申請書

一般社団法人 日本自立支援介護・パワーリハ学会 御中

パワーリハビリテーション実施施設となることを申請します。

※ 必須事項となっておりますので必ずご記入お願い致します。

申請日	年            月            日
ふりがな ※ 施設名 ※	
施設・法人会員番号 ※	
ふりがな ※ 所属長名 ※	印
住所 ※	〒            —
TEL・FAX 番号 ※	TEL :            —            — FAX :            —            —
E-mail アドレス	
ホームページアドレス	
パワーリハビリテーション 実施期間 ※	年    月～    年    月 (約    年    ヶ月)
「運動器の機能向上サービス に関連する実務者研修会（パワ ーリハビリテーション基礎研 修会）」研修会修了者氏名・修 了証番号 ※ 修了証番号は修了証に記載さ れた 8 桁の番号です。	氏名 _____ 修了証番号 _____  その他 _____ 名 _____
パワーリハビリテーション 担当者 (問い合わせ担当者)	氏名 _____

使用しているマシンに☑、もしくはご記入ください。

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

