

【パワーリハビリテーション上級指導員認定手続き】

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

研修会受講日より 2ヶ月以内にお手続きをお済ませ下さい。

- ① 「パワーリハビリテーション上級指導員申請書」と「実務経験証明書」に必要事項を記入し、事務局までご郵送下さい。（*FAX 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。
 - * 指導員の認定に関しましては、①パワーリハビリテーション上級指導員研修会の修了、②一般社団法人パワーリハビリテーション研究会団体会員、または個人会員であること、③上肢・下肢・体幹の全てを含む3機種以上の推奨機器使用にて、（パワーリハビリテーション指導員資格取得後）1年以上の実務経験がある事が必須要件となります。
 - * 詳細は当研究会ホームページ（認定認証制度のご案内）をご参照いただくか、事務局にお問い合わせ下さい。
- 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、ならびに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。
 - * 個人会員の方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。（団体会員は無料）
 - * 個人会員の方は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。

<上級指導員申請書類等郵送先ならびに問合せ先>

〒160-0008 東京都新宿区三栄町8 森山ビル東館5階

TEL : 03-5919-3824 FAX : 03-5919-3827

一般社団法人 パワーリハビリテーション研究会事務局

ホームページアドレス : <http://www.powerreha.jp/>

【パワーリハビリテーション上級指導員申請書】

パワーリハビリテーション上級指導員となることを申請します。

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☑ 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"/> 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"/> 薬剤師 <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 上級指導員研修会修了番号	
パワーリハビリテーション 研究会会員番号	個人会員 団体会員 *当てはまる方に○を付けてください 会員番号：
返信先住所 *勤務先の場合は施設名も ご記入下さい。	パワーリハ研究会会員登録以外の方はご記入下さい。 (自宅・勤務先) 〒 _____
連絡先 TEL・FAX 番号	TEL : _____ FAX : _____

<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"/> トーソフレクション/エクステンション <input type="checkbox"/> ホリゾンタルレッグプレス <input type="checkbox"/> レッグフレクション/エクステンション <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"/> トーソフレクション <input type="checkbox"/> トーソエクステンション <input type="checkbox"/> レッグプレス <input type="checkbox"/> レッグフレクション <input type="checkbox"/> レッグエクステンション <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	

【パワーリハビリテーション実務経験証明書】

一般社団法人

パワーリハビリテーション研究会 殿

下記の者のパワーリハビリテーション実務経験を証明する。

所属長氏名： _____ 印

施設名：

施設住所：〒

ふりがな 氏名	
実務施設	
実務期間	年 月 ～ 年 月まで
実務内容	

※フリクションや鉛筆でのご記入はご遠慮ください。