

## 【パワーリハビリテーション指導員認定手続き】

パワーリハビリテーション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指導員申請書」と「実務経験証明書」に必要な事項を記入し、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。
  - \* 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指導員研修会の修了、②一般社団法人日本自立支援介護・パワーリハ学会個人会員A、施設会員または法人会員であること、③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使用にて6か月以上の実務経験（3ヶ月の当学会推奨機器による実務経験を含む）がある事が必須要件となります。
  - \* 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。（施設会員、法人会員は無料）
  - \* 手数料のご入金を確認いたしましたら、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。

### <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/>

# 【パワーリハビリテーション指導員申請書】

パワーリハビリテーション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"/> 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 指導員研修会修了番号	
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：
返信先住所 *勤務先の場合は施設名も ご記入下さい。	当学会会員登録以外のご記入下さい。 (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	

# 【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

日本自立支援介護・パワーリハ学会 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等での記入はご遠慮ください。