



国 里 発 第 4 5 5 号  
平 成 2 4 年 7 月 1 0 日

都道府県  
各 指定都市 保健福祉主管部（局）長 殿  
中核市

国立障害者  
リハビリテーションセンター 総長



平成24年度理学療法士研修会の開催について

標記について、別紙実施要綱により開催することにいたしました。  
つきましては、貴管下関係機関への通知について、特段の御配慮  
をお願いします。



## 平成24年度 理学療法士研修会実施要綱

### 1 目 的

身体障害者のリハビリテーションに従事する理学療法士を対象として、実務に必要な専門的知識及び技術を習得させ、その資質の向上を図ることにより、適切かつ効果的な業務の運営に寄与することを目的とする。

### 2 主 催

国立障害者リハビリテーションセンター

### 3 期 間

平成24年10月10日(水)～10月12日(金)

### 4 場 所

国立障害者リハビリテーションセンター学院(埼玉県所沢市並木4丁目1番地)

### 5 受入定員

20名

### 6 受講資格

身体障害者(児)更生援護施設、肢体不自由児施設、病院等において理学療法に従事している理学療法士で、所属長が推薦する者。

### 7 研修内容

別紙日程表のとおり。

### 8 研修会費用

3,200円(初日に徴収する。宿泊費及び食費は含まない。)

### 9 受講手続

受講希望者は、別紙(1)の受講申込書により、国立障害者リハビリテーションセンター学院あて、平成24年9月4日(火)までに郵送(必着)で申し込んで下さい。なお、学院ホームページからも申込可能です。申込案内に従い、お申し込み下さい。

(注)学院ホームページから申し込む場合には、受講申込後に連絡先メールアドレス宛てに送信される「受講申込書」をプリントアウトの上、所属長の推薦欄に署名、捺印を受け、郵送して下さい。

### 10 受講決定

選考のうえ、平成24年9月12日(水)までに本人宛てに通知します。なお、定員を大幅に上回る応募があった場合には、抽選により決定とさせていただきますので、あらかじめ御了承下さい。

### 11 修了証書

研修会修了者に対し、修了証書を授与します。

### 12 宿泊施設

① 本センターの研修用宿泊施設に宿泊を希望する方は、別紙(2)宿泊申込書により、別紙(1)の受講申込書と同時に申し込んで下さい。学院ホームページから申し込む場合には、受講申込書の宿泊欄の希望する日に○印をつけて下さい。

② 宿泊費用は一泊3,470円(初日に、宿泊日数分を徴収します。)但し、宿泊は研修会当日

(10月10日)からとし、初日の研修会終了後の入舎となります。

13 本研修会の受講申込先、照会先等

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地

国立障害者リハビリテーションセンター学院

TEL04-2995-3100 (内線 2612) FAX04-2996-0966

電子メール [ml-gakuin-kensyu3@rehab.go.jp](mailto:ml-gakuin-kensyu3@rehab.go.jp)

URL <http://www.rehab.go.jp/College/japanese/training/24train.html>

# 平成 24 年度 理学療法士研修会日程表

テーマ: 頸髄損傷者の理学療法

月日	午 前	午 後
10 月 10 日 (水)		開講式・オリエンテーション (13:00~13:20)  ①概論 (13:30~14:20) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 健康増進センター長 飛松 好子  ②完全頸髄損傷者の理学療法 (14:30~16:40) 茨城県立医療大学保健医療学部 理学療法学科 教授 水上 昌文
10 月 11 日 (木)	③不全頸髄損傷者の理学療法 (9:00~12:00) 中部労災病院 リハビリテーション部 江口 雅之	④褥瘡・シーティング (13:00~15:30) 国立障害者リハビリテーションセンター研究所 高齢障害者福祉機器研究室長 廣瀬 秀行  ⑤ロコマット (15:40~16:40) 国立障害者リハビリテーションセンター研究所 運動機能系障害研究部 小川 哲也
10 月 12 日 (金)	⑥地域生活に向けた支援 ~福祉サービス等の利用について~ (9:00~10:00) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 医療相談室長 茅根 孝雄  ⑦脊髄再生の現状 (10:10~11:40) 国立障害者リハビリテーションセンター研究所 運動機能系障害研究部長 緒方 徹  閉講式 (11:50~)	

別紙(1)

平成24年度 理学療法士研修会 受講申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年月日	歳
勤務先名称				
勤務先所在地等	〒 -			
	TEL - - (内線 ) FAX - -			
	電子メールアドレス @ (例:所沢市 11208)			
	※市町村コード(不知の場合は記入不要)			
種別	病院・診療所 施設等 行政機関 会社 その他( )			
設置主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他( )			
運営主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他( )			
連絡先 (連絡がとれる電話番号等)	TEL - - (勤務先・自宅・携帯)	FAX - - (勤務先・自宅)		
	電子メールアドレス @ (勤務先・自宅・携帯)			
現職種				
現職名				
現職経験年月・数	年 月	受講資格の有無	有・無	
過去の当センター 研修会参加実績	平成 平成 平成	年度 年度 年度	研修会 研修会 研修会	
備考				
上記の者を受講者として推薦する。				
平成 年 月 日 (所属長)				
印				

※「種別」欄等の該当部分に○印を記入

別紙(2)

国立障害者リハビリテーションセンター学院 研修宿舍宿泊申込書

研 修 会 名	理学療法士研修会		
ふ り が な		性 別	年 齢
氏 名		男 ・ 女	歳
現 住 所 ・ 連 絡 先	〒 — — — — — TEL — — — — — (自宅・携帯) FAX — — — — —		
宿 泊 希 望 日	平成 24 年 10 月 10 日(水) ~ 月 日( ) 最終日午前9時まで 泊 日 (注) 宿泊のキャンセルは、研修会初日の2日前までにご連絡ください。		
備 考			
<p>上記のとおり、宿泊の申し込みをします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>(氏 名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

※1 部屋は2人部屋です。

※2 宿泊は研修会初日の研修終了後に入舎し、研修最終日(午前9時まで)に退舎していただきます。