

令和 7 年 10 月 14 日

山形県理学療法士会会員各位

一般社団法人山形県理学療法士会  
会 長 鈴木 健太

令和 7 年臨床実習指導者講習会の申込締切延長について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃より当会の活動に対しご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、下記研修会につきまして、より多くの会員の皆様にご参加 いただきたく、申し込み締切を 10 月 20 日（月）まで延長いたします。今年度の開催は今回のみとなりますので、この機会をぜひご活用 ください。

つきましては、ご多忙のことと存じますが、奮ってご応募いただきますようお願い申し上げます。

謹白

記

1. 申し込み締切：~~10月13日（月）~~→10月20日（月）
2. 開催日時：12月6日（土） 9時00分～19時10分  
12月7日（日） 9時00分～17時00分
3. 会場：山形県立保健医療大学 第1講義室他
4. 参加者要件：(1) 申し込み時点で実務経験満4年以上の理学療法士  
(2) 2日間全プログラムを受講できる方（遅刻、早退も認められません）
5. 参加費：当会会員・・・無料  
当会以外または非会員の方・・・20,000円
6. 定員：70名
7. 講習会内容：
  - (1) 理学療法士、作業療法士養成施設における臨床実習制度の理念と概要
  - (2) 臨床実習の到達目標と修了基準
  - (3) 臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案
  - (4) 臨床実習者の在り方（「ハラスメントの防止について」）
  - (5) 臨床実習指導者およびプログラムの評価
  - (6) その他臨床実習に必要な事項

## 8. 修了証の発行及び受講後について

- (1) 本講習会受講者に厚生労働省医政局長、一般社団法人全国リハビリテーション学校協会理事長、公益社団法人日本理学療法士協会会長及び一般社団法人日本作業療法士協会会長の連名による修了証が発行されます。
- (2) 本講習会受講者は、実習施設において臨床実習指導者として学生指導を行うことができます。

## 9. 申し込み方法

- ・次の申し込み専用フォームよりお申し込みください。
- ・申し込み専用フォーム：<https://forms.gle/reocFuwNzZDk2khw7>
- ・フォームでは下記①～⑥の内容のご入力、⑦の書類のPDFファイルでのアップロードをお願いします。氏名及び生年月日は修了証に記載されますので、戸籍に記載されているとおりに正確にご記入ください。

① 会員番号（非会員理学療法士は「非会員」と入力してください）

② 氏名

③ 所属施設名

④ メールアドレス（携帯アドレスは不可。添付ファイルが届く個人のアドレスにしてください。職場の共同のアドレスも不可）

⑤ 生年月日（西暦で）

⑥ 実務経験年数（満〇年）

⑦ <理学療法士・作業療法士免許取得後（登録日以降）の実務経験申告書>

### 【重要】⑦<理学療法士・作業療法士免許取得後の実務経験申告書>の提出について

- ・受講資格確認のため、「実務経験申告書」を提出してください。
- ・実務経験申告書(Excel)をダウンロードし、実務経験申告書記載時の注意点(PDF)を確認して記入してください。各種様式は専用フォーム内または当会ホームページよりダウンロードできます。
- ・記入後に施設代表者または部門代表者・責任者の承認(押印)を得てPDFを作成してください。
- ・PDF名を「実務経験申告書：会員番号：受講者氏名」としてください。
- ・ファイルをアップロードできない場合は、下記問い合わせ先にメール添付でご送信ください。件名は「臨床実習指導者講習会問い合わせ：氏名」としてください。
- ・PDFを自身で作成できない場合は、当会事務所まで郵送してください。その場合の郵送費用は各自でご負担をお願いします。

< 郵送先 > 〒990-2231 山形県山形市大森 9 2 4

一般社団法人山形県理学療法士会事務局

## 10. その他

- ・申請に不備があった場合はメールで連絡をさせていただきますので、メールの確認をお願いします。申し込みの不備があり締め切りまでに間に合わない場合は、受付できない場合がありますので、余裕をもってお申し込みください。
- ・申し込み締め切り後に受講の可否の連絡をメールで行いますので必ずご確認ください。連絡がない場合は下記にお問い合わせください。
- ・受講希望者が定員を超えた場合には、予定より早く募集を締め切り、その時点で受講の可否をお知らせします。
- ・申し込み締め切り後に定員に余裕がある場合、追加の募集を行うことがあります。
- ・出張許可願が必要な方は、問い合わせアドレスにお問い合わせください。

## 11. 問い合わせ

問い合わせは下記アドレスにメールでお願いいたします。その際、件名に「臨床実習指導者講習会問い合わせ：名前」と記入してください。

問い合わせ

教育部 鈴木 栄三郎

E-mail [jisshu-shidosha-moushikomi@googlegroups.com](mailto:jisshu-shidosha-moushikomi@googlegroups.com)