令和６年度日本AKA医学会理学・作業療法士会

**認定試験　受験申込書（１）＊指導者助手・認定療法士**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名：　　　　　　　　　　　　　 | 申請日：令和 年　　月　　日 |
| 受験内容：指導者助手・認定療法士（○をつけてください） | 顔写真添付 |
| 受験番号：**ここは記入しない** |
| 会員番号： |
| 施 設 名： |
| 所　　属： |
| 勤務先住所〒TEL ( ) －　　　　　　FAX ( ) －　　　 |
| 連絡先Eメールアドレス：**＊必須**  |

**注）受験番号を記載し返送しますので切り取らずに送付してください**

|  |
| --- |
| **認定試験　受験票** |
| 受験番号：**ここは記入しない** |  |
| 認定試験：　　指導者助手　　認定療法士（○をつけてください） |
| 受 験 日：令和７年３月２日 | 顔写真添付 |
| 会員番号： |
| ふりがな氏　　名： |
| 施 設 名： |

* **受験日にこの受験票を試験会場受付で提示してください。**

令和６年度日本AKA医学会理学・作業療法士会

**認定試験　受験申込書（２）＊指導者助手・認定療法士**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　 | 入会年度：　　　年（対象：令和４年度以前） |
| 認定療法士登録番号　**＊指導者助手受験者のみ記載**　　第　　　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　 |
| **認定療法士受験者**は下に**受験単位必要数のみ**記載 |
| 学術集会単位 |
| 学術集会回数 | 開催日 | 開催地 | 主催 | 単位数 |
| 例）第１７回学術集会 | 2016.7.3 | 福岡 | AKAPTOT士会 | ２ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| \*必要単位数６単位または３回 （必要単位数のみ記載で可） 合計　　　単位 |
| 研修会単位 |
| 研修会名 | 日時 | 場所 | 主催 | 単位数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| \*必要単位数２０単位 （必要単位数のみ記載で可） 合計　　　　単位 |

**【受験資格　記入注意事項】**

**資格確認のため次の事項を確認の上記入してください。**

* **今回は令和４年度から前の入会者が対象です。（令和４年度入会を含む）**
* **途中で会員更新をせずに再入会した場合は再入会の年度からとなります。**
* **単位数の確認は事務局に登録されている記録と照合します。登録がされていない場合は参加証の本人控えコピーの提出が必要な場合があります。**

令和６年度日本AKA医学会理学・作業療法士会

**認定試験　受験申込書（３）＊認定療法士**

|  |
| --- |
| 筆記免除制度について　当会主催の基礎コースを受講した際の筆記試験、または平成29年度の第13回以降の認定試験の筆記試験が７０点以上であれば認定療法士の筆記試験を免除することができます。ただしこの制度の利用は基礎コース、認定筆記試験ともに一回につき一度のみです。**一度、この制度を利用して不合格となった場合は二度目以降の認定試験では筆記試験が必須となります。**免除制度利用の場合は以下に記入してください。氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　* 認定試験を利用　　□　基礎コースを利用

認定試験　：第　　　回受験　　　 　　　　　　年度基礎コース：第　　　回受講　 開催地：　　　　　　1. すでに制度を利用したことがある場合や点数が７０点未満など該当　しなければ記入は不要です。
2. 第13回以降の認定筆記試験での利用の場合は結果送付時に同封されていた**「成績証明書(原本)＊コピー不可」**を添付してください。
 |

郵送書類

* 1. **認定療法士受験者：受験申込書（１）、（２）、（３：制度利用の場合）
	　　　　　　　　　返信用封筒（長形３号、宛先記入、110円切手貼付）**
	2. **指導者助手受験者：受験申込書（１）、（２）**

**返信用封筒（長形３号、宛先記入、110円切手貼付）**

郵送先

〒８１９－１３１４

福岡県糸島市志摩師吉１２００

可也病院リハビリテーション科　坂本周介

 表に「試験申込書在中」と記入

申込期間　　　　**令和６年10月1日～11月30日（必着）**