令和６年度　日本AKA医学会理学・作業療法士会

**指導者認定試験　受験申込書（１）**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　名： | 適当な大きさの  顔写真添付 |
| 会員番号： |
| 認定資格登録番号：第　　　　　　　号 |
| 施 設 名： |
| 所　　属： |
| 勤務先住所　　〒  TEL ( ) －　　　　　　FAX ( ) － | |
| メールアドレス　＊必須　（連絡は原則Eメールを使用します）  　　　　　　　　　　　　　＠ | |
| **連絡先（勤務先と異なる住所へ連絡希望の場合のみ記入してください）**  〒  TEL ( ) －　　　　　　FAX ( ) － | |

申請日：令和 年　　月　　日

受験資格 （以下の条件を全て満たすもの）

1. 指導者助手の登録後2年以上経過しており更新の見込みがあること
2. 日本AKA医学会理学・作業療法士会が主催する技術研修会（基礎コース、フォローアップコース、地域技術研修コース、紹介コース）の指導単位が６単位以上であること
3. 日本AKA医学会理学・作業療法士会が主催する学術集会、または日本AKA医学会学術集会に通算　7回（14単位）以上参加していること
4. AKA－博田法に関する学術論文等があり、その内容には関節包内運動に関する記述および考察があること。なお、その学術論文は印刷中または印刷されているものに限る
5. 倫理規定を順守していること

**指導者認定試験　受験申込書（２）**

|  |  |
| --- | --- |
| **新基準で指導者試験受験歴がある場合もしくは2020年度受験予定であった場合は単位　　および論文の記載は必要ありません、下記いずれかにチェック・記入をしてください。** | |
| □受験歴（新基準初回年度）：　　　　　年度 | □2020年度受験予定 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学術集会単位（必要数7回）** | | | | | | | |
|  | 主催 | | 学術集会回数 | | 開催日 | | 開催地 |
| *例）* | *日本AKA医学会PTOT会* | | *第16回* | | *H27.7.5* | | *横浜* |
| １ |  | |  | |  | |  |
| ２ |  | |  | |  | |  |
| ３ |  | |  | |  | |  |
| ４ |  | |  | |  | |  |
| ５ |  | |  | |  | |  |
| ６ |  | |  | |  | |  |
| ７ |  | |  | |  | |  |
| **指導単位（必要単位数６単位）** | | | | | | | |
| 研修会名 | | 日時 | | 場所 | | 単位数 | |
| 例）第77回地域 | | 2014／7／6 | | 長崎 | | 2 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| **指導単位合計　　　　単位** | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **AKA－博田法に関する印刷中もしくは印刷された論文** | |
| 発表誌 |  |
| 論文名 |  |

**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を提出してもらう場合があります。**

**申込先（郵送のみ） 〒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**