

## 認証施設B再認証手続き

認証施設Bの認証の再申請には、以下のお手続きが必要になります。

- ① 「認証施設B認証申請書」「ホームページ掲載内容」に必要事項を記入し、  
事務局まで原本をご郵送下さい。  
\*FAXなどでの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。  
\*認証に関しましては、①一般社団法人日本自立支援介護・パワーリハ学会施設会員もしくは法人会員であること ②一般社団法人日本自立支援介護・パワーリハ学会発行のパワーリハビリテーション指導員資格をお持ちの方が申請する施設に在籍していること ③パワーリハビリテーション実施期間が上肢・下肢・体幹のすべてを含む6機種以上の学会推奨機器にて6ヶ月以上であることが要件となります。  
・詳細は学会ホームページ（認証制度のご案内）をご参照下さい。
- ③ 審査終了後、ご記入いただきました住所宛に、審査結果と認証証と認証証発行料（3千円）の払込用紙をご郵送します。
- ④ ご入金の確認ができましたら、「ホームページ掲載内容」の情報に基づき、当学会ホームページに認証施設Bとして掲載させていただきます。

＜認証施設B 認証申請書類等郵送先ならびに問合せ先＞

〒162-0065 東京都新宿区住吉町 6 番 3 号 ヤマギシコーポラス 404 号室  
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/

## 認証施設B再認証申請書

一般社団法人 日本自立支援介護・パワーリハ学会 御中  
 パワーリハビリテーション認証施設Bとなることを申請します。

※ 必要事項となっておりますので必ずご記入お願い致します。

申請日	年            月            日
ふりがな ※ 施設名 ※	
施設・法人会員番号 ※	
ふりがな ※ 所属長名 ※	印
住所 ※	〒            —
TEL・FAX 番号 ※	TEL :            —            — FAX :            —            —
E-mail アドレス	
ホームページアドレス	
パワーリハビリテーション 実施期間 ※	年    月～    年    月 (約    年    ヶ月)
パワーリハビリテーション 指導員氏名・指導員証番号 ※	氏名 _____ 指導員証番号 _____  その他 _____ 名 _____
パワーリハビリテーション担当者 (問い合わせ担当者)	氏名 _____

使用しているマシンに☑、もしくはご記入ください。

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orso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orsoエクステンション <input type="checkbox"/> トorso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	

以下の項目に関しましては任意にてお答え下さい。

利用者様について 該当するすべての項目に☑、もしくはご記入ください。

施設利用者数(おおよそで結構です)	施設定員 (もしくは病床数)	人・床
パワーリハ利用者数 (おおよそで結構です)	<input type="checkbox"/> 1ヶ月に	～ 人程度
パワーリハ利用者様の 主な基礎疾患	<input type="checkbox"/> 老化(虚弱)・廃用症候群 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

運営方法について 該当するすべての項目に☑、もしくはご記入ください。

運営スタイル	<input type="checkbox"/> 教室スタイル(時間を決めて集団で実施) <input type="checkbox"/> フリースタイル(各個人の自主トレ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 実施期限あり(3ヶ月) <input type="checkbox"/> 実施期限あり( )ヶ月 <input type="checkbox"/> 実施期限なし <input type="checkbox"/> その他 ( )
スタッフ配置	<input type="checkbox"/> マシン担当制(スタッフがマシン毎に配置) <input type="checkbox"/> グループ担当制(スタッフが利用者のグループ毎に配置) <input type="checkbox"/> その他 ( )

評価 該当するすべての項目に☑、もしくはご記入ください。

評価の頻度	<input type="checkbox"/> 1ヵ月毎 <input type="checkbox"/> 3ヵ月毎 <input type="checkbox"/> 6ヵ月毎 <input type="checkbox"/> 人によって異なる <input type="checkbox"/> 評価を実施していない <input type="checkbox"/> その他 ( )
評価の記録	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 方法→ <input type="checkbox"/> 評価票への記載 <input type="checkbox"/> 動画撮影 <input type="checkbox"/> 報告書作成 <input type="checkbox"/> 連絡帳への記入 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動力評価項目	<input type="checkbox"/> 握力 <input type="checkbox"/> 開眼片足立ち <input type="checkbox"/> ファンクショナルリーチ <input type="checkbox"/> Timed up & Go <input type="checkbox"/> 6分間歩行 <input type="checkbox"/> 2分間足踏み <input type="checkbox"/> 2分間膝伸ばし <input type="checkbox"/> 体前屈 <input type="checkbox"/> 10m歩行速度 <input type="checkbox"/> 5m歩行速度 <input type="checkbox"/> その他 ( )

**\*ホームページ掲載内容：認証施設 B\***

施設名 \_\_\_\_\_

ホームページ掲載内容に  変更あり  変更なし

以下ホームページ掲載内容に変更ありとした施設のみご記入をお願いします。  
認証施設 B 認証申請書に記載しました施設情報の一般社団法人日本自立支援介護・  
パワーリハ学会ホームページへの掲載に関して、下記の如く申請致します。

施設情報のホームページ掲載を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
----------------	--

施設情報を掲載すると希望された場合のみ、以下のご回答お願い致します。  
申請いただいた項目の中で、以下の項目につきまして当学会ホームページに掲載する予定です。  
該当項目にしてください。

施設業種	<input type="checkbox"/> D/S <input type="checkbox"/> D/C <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> リハビリテーションセンター <input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 健康増進センター <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ( )
住所	<input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 掲載する
TEL 番号	<input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 掲載する
FAX 番号	<input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 掲載する
ホームページアドレス	<input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 掲載する
パワーリハビリテーション 指導員数	<input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 掲載する _____ 名 申請書に基づく (氏名は記載されません)
パワーリハビリテーション 担当者氏名 (問い合わせ担当者)	<input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 掲載する 申請書に基づく (氏名が記載されます)