

実施施設再認証申請手続き

実施施設の再認証申請には、以下のお手続きが必要になります。

- ① 「実施施設認証申請書」、「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、メールなどでのご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「運動器の機能向上サービスに関連する実務者研修会（パワーリハビリテーション基礎研修会）」修了証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3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、審査結果と認証証をお送りいたします。
- ④ ホームページ掲載内容に関しましては、ご記入いただいた内容に基づき、当学会ホームページに掲載させていただきます。

<実施施設認証申請書類等郵送先ならびに問合せ先>

一般社団法人日本自立支援介護・パワーリハ学会 事務局

〒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 メールアドレス info@jsfrc-powerreha.com

ホームページアドレス:<https://jsfrc-powerreha.jp/>

実施施設再認証申請書

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実施施設となることを申請します。

※ 必須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 ※	〒 ー
TEL・FAX 番号 ※	TEL : ー ー FAX : ー ー
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)
「運動器の機能向上サービス に関連する実務者研修会 (パ ワーリハビリテーション基礎 研修会)」研修会修了者氏名・ 修了証番号 ※ 修了証番号は修了証に記載 された 8 桁の番号です。	氏名 _____ 修了証番号 _____ 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。

<p>推奨機器 Compass シリーズ</p> <p><input type="checkbox"/> ドイツ製</p> <p><input type="checkbox"/> S シリーズ</p> <p><input type="checkbox"/> Z シリーズ</p>	<p><input type="checkbox"/> トーソエクステンション/フレクション</p> <p><input type="checkbox"/> ホリゾンタルレッグプレス</p> <p><input type="checkbox"/> レッグエクステンション/フレクション</p> <p><input type="checkbox"/> ヒップアブダクション/アダクション</p> <p><input type="checkbox"/> ローイング MF <input type="checkbox"/> チェストプレス</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p><input type="checkbox"/> C シリーズ</p> <p><input type="checkbox"/> PRexer シリーズ</p>	<p><input type="checkbox"/> トーソエクステンション <input type="checkbox"/> トーソフレクション</p> <p><input type="checkbox"/> レッグプレス</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> ローイング MF <input type="checkbox"/> チェストプレス</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>推奨機器以外の機種名</p> <p>*使用している場合のみ</p>	

一般社団法人 日本自立支援介護・パワーリハ学会

ホームページ掲載内容：実施施設

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。

実施施設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）