

各 位

特定非営利活動法人全国ストップ・ザ・ロコモ協議会
理事長 藤野 圭司

第 13 回ロコモコーディネーター資格取得研修会のお知らせ

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は、本協議会の活動に格別のご尽力を賜り誠にありがとうございます。

本会は、自治体と現場の間に入り、直接体操指導を行うボランティアに対し、その養成ならびに派遣、調整(コーディネート)を担う人材をロコモコーディネーターとして認定する制度を設けています。全国各地で医療系有資格者を対象に資格取得研修会を実施し、同日修了試験に合格した者をロコモコーディネーターとして認定しています。

今回下記の日程で第 13 回資格取得研修会を実施することになりました。皆様奮ってご参加いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

*** 記 ***

(日 時) 2018 年 12 月 2 日(日) 9:30～17:00(予定)

*6 時間の講義受講後に修了試験を実施

(場 所) 堺市総合福祉会館

〒590-0078 堺市堺区南瓦町2番1号

<http://www.sakai-syakyo.net/>

(主 催) 特定非営利活動法人全国ストップ・ザ・ロコモ協議会(SLOC)

(後 援) 堺市、一般社団法人 堺市医師会、一般社団法人 大阪臨床整形外科医会

(定 員) 144 名

(応募資格) ・ **医療系資格**: 保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、
日本運動器科学会が実施する運動器リハビリテーションセラピスト研修認定を受けた者
・ **介護系資格**: 主任ケアマネージャー、5年以上の実務経験を有する介護福祉士

注) 医療機関、介護施設又は地域包括支援センター等に所属していることを条件とする。

(申込方法) 下記方法のどちらかでお申し込みください。(※一施設3名までの受講とさせていただきます。)

① オンラインでの申込み

<https://www.gakkai-net.com/sloc/>

上記の「ロコモコーディネーター研修会申込フォーム」にアクセスいただき必要事項を入力してお申込み下さい。

- 1.申し込み時に「受付番号」が表示されますのでお控えください。
- 2.申込後、2週間以内に資格証明の書類を下記事務局宛にご送付ください。
- 3.その際、封筒の表に「受付番号」を朱書きください(例:受付番号 ○○○)。
- 4.申込内容及び証明書の確認をもって受付完了となります。
- 5.受付完了、約2週間後に受講票を送付いたしますので、当日持参下さい。

② 郵送での申込み

同封の申込書をご利用ください。

資格証明書を同封の上、下記事務局までご郵送ください。

受付完了、約2週間後に受講票を送付いたしますので、当日持参下さい。

※申込書に入力(記入)していただいた「資格証明」をご郵送ください。

(申し込み期間) 2018年9月18日(火)～10月31日(水)

* 定員になり次第、締切りとなりますのでご了承下さい。

(受講費用) 10,000円 (昼食・テキストを含みます) *当日会場にて申し受けます。

【運営事務局】ロコモコーディネーター研修会事務局 (資格証明などの送付先)

〒104-0041 東京都中央区新富 1-8-6 SSビル 3階

一般社団法人 会議支援センター

「ロコモコーディネーター研修会申込み係」

* 研修会に関するお問合せ等は、運営事務局にファックス(03-6222-9875)または

E-mail(support@jsmr.info)にてお願いいたします。

以上

第13回ロコモコーディネーター資格取得研修会 申込書

全国ストップ・ザ・ロコモ協議会

理事長 藤野 圭司 殿

第13回ロコモコーディネーター資格取得研修会に申込みます。

西暦 年 月 日

(ふりがな) 性別 : 生年月日 :
(※どちらかに○をして下さい。)

受講者氏名: 男 ・ 女 (西暦) 年 月 日

ご記入いただきました資格証明を申込書に添付してご郵送下さい

(※複数資格を所持されている場合は2資格までご登録いただけます。)

所持資格 ① (資格免許番号)

所持資格 ② (資格免許番号)

資格認定対象者: ・医療系資格 保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、
日本運動器科学会が実施する運動器リハビリテーションセラピスト認定者
・介護系資格 主任ケアマネージャー、5年以上の実務経験を有する介護福祉士
(医療機関、介護施設又は地域包括支援センター等に所属していることを条件とする)

【所属先情報】

所属機関名称:

所属先部課: 所属先管理者名:

所属機関 住所: (〒 —)

所属先電話TEL: 所属先FAX:

所属先区分(下記にあてはまる分類にチェックをしてください):

☐ 地域包括支援センター ☐ 県庁・市役所・町役場 ☐ 社会福祉協議会 ☐ 保健所 ☐ 教育施設
☐ 病院・診療所 ☐ 介護施設 ☐ その他()

【自宅情報】

現住所(自宅): (〒 —)

E-mail adress : TEL:

(※ブロック体で正確にご記入ください。0(ゼロ)・O(オー)、-(ハイフン)・_(アンダーバー)等判読しづらいものはフリガナ等を使用して補足をお願い致します。)

※注)1機関から3名までの受講が可能です。

【個人情報の取り扱いについて】

申込書に記載の個人情報は、ロコモコーディネーター資格者管理において使用し、資格者の同意を得ることなく第三者には提供いたしません。