**厚生労働省指定臨床実習指導者講習会（都道府県講習会）のご案内**

この度、下記の通り「厚生労働省指定臨床実習指導者講習会（都道府県講習会）」を開催いたします。  
本講習会は、厚生労働省医政発 1005 第 2 号「理学療法士・作業療法士臨床実習指導者講習会の開催指針」に準じて実施するものであり、実務経験4 年以上の作業療法士および理学療法士を対象とします。

日 時：令和2年2月 1日（土） 9：00～19：05（8：30 から受付開始）  
2月2日（日） 9：00～16：05　　2日間

場 所：富山リハビリテーション医療福祉大学校  
　　　〒930-0083　富山県富山市総曲輪4丁目4番5号

　　TEL：076-491-1177

定員：50 名（申込者数が定員を超えた場合は抽選となります）

　　　期限は12月20日まで　下記の申込用紙記入の上、返信お願いします。

　　　厚生労働省指定　臨床実習指導者講習会（都道府県講習会）参加申込書

受講料：無料

資料代：1,000 円

講習会の目標：  
理学療法士・作業療法士学校養成施設指定規則改正に伴い、臨床実習指導者に理学療法士・作業療法士養成施設における臨床実習制度の理念と概要、教育原論・人間関係論、リスク管理、コンプライアンスならびにハラスメント防止、臨床実習の手引き、水準と到達目標、見学・模倣・実施のプロセスならびに指導ポイント、診療参加型臨床実習における学生評価等を教授し、臨床実習指導者における教育の質の向上を図り、もって国民の医療・福祉の発展に寄与。

※不明な場合があれば下記まで連絡お願いします。

申し込み先・連絡先　かみいち総合病院　作業療法士　能登健司

TEL：（076）472‐1212

E-mail　[toyama.ot.kyouikubu@gmail.com](mailto:toyama.ot.kyouikubu@gmail.com)

厚生労働省指定　臨床実習指導者講習会（都道府県講習会）参加申込書

フリガナ

氏名：

生年月日：　　　　　 職種：OT・PT　 　会員番号：　　　所属県士会：

＊非会員は会員番号の欄に非会員と記載し、下記の作業療法士・理学療法士免許欄に記載してください。

作業療法士・理学療法士免許

修了証番号 名簿登録年月日

所属施設名：

対象疾患： 　記入例）整形、小児、精神障害など

連絡先（メールアドレス）：

実務履歴：

就職年月 就職先・所属

　　　　年　　　月

　　　　年　　　月

　　　　年　　　月

　　　　年　　　月

　　　　年　　　月

　　　　 実務経験年数：　　　 年