

各位

令和2年 1月 吉日

主催 公益社団法人全国柔道整復学校協会
主管 IGL 医療福祉専門学校
講習会責任者 柔整学科

令和元年度 厚生労働省認定 臨床実習指導者講習会のご案内

1 講習会の趣旨

平成30年度入学生より、養成施設附属接骨院以外の病院・接骨院などでも臨床実習を行うことが可能となりました。養成施設外での臨床実習を行うためには厚生労働省認定の臨床実習指導者が在籍することが必要です。このため本校では臨床実習指導者の資質の向上及び臨床実習施設における適切な指導体制の確保を目的として臨床実習指導者講習会を実施します。

2 受講要件

次の要件を満たす方

- ① 5年以上の実務経験を有する柔道整復師
- ② 療養費申請資格停止等の行政処分を受けていないこと

3 会場

IGL 医療福祉専門学校（〒731-3164 広島県広島市安佐南区伴東1丁目12-18）

4 講師

- ア) 加藤 弘幸 先生（広島県柔道整復師会 副会長）
- イ) 小田 聡 先生（IGLグループ 秘書室長）
- ウ) 柳楽 美作男 先生（IGL医療福祉専門学校 専任教員）

5 開講日時

- ア) 令和2年3月14日（土）9時00分～19時00分（予定）
- イ) 令和2年3月15日（日）9時00分～18時40分（予定）

6 受講料

20,000円 注）本校の臨床実習を受託しない場合、40,000円となります。
※ 受講を中断された場合でも、受講料の返金はありません。

7 申込期間

令和2年1月6日（月）～令和2年2月7日（金）

裏面もお読みください。

8 手続きの流れ

- ①下の事前申込書に必要事項を記入し、ファックスにてお申し込ください。
 メールでの申込を希望される場合は igl-iryofuku-info@igl.or.jp に次の必要事項を記入してください。

【必要事項】

件名に『臨床実習指導者講習会事前申込』とご記入ください。

- ① 氏名(ふりがな) ② 性別 ③ 生年月日 ④ 現住所(連絡先含)
 ⑤ 柔道整復師免許登録番号 ⑥ 駐車場利用の有無 ⑦臨床実習受託の可否

- ②事前申込受付け後、提出書類を郵送しますので不備の無いように返送してください。
 ※提出書類の中に受講料納入先を示しますので一括納入をしてください。

9 問合せ及び申込み先

〒731-3164 広島市安佐南区伴東 1-12-18
 IGL 医療福祉専門学校 柔整学科
 担 当 埜 義徳 (たお よしのり)
 電 話 082-849-5001/FAX 082-849-5115

令和元年度 厚生労働省認定 臨床実習指導者講習会 事前申込書 (FAX 用)

(申込日: 年 月 日)

フリガナ 氏 名	
性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	西暦 年 月 日生 (歳)
現 住 所	〒 (連絡先: - -)
メールアドレス	間違えのないよう記入してください。
柔道整復師免許 登録番号	
駐車場利用	する ・ しない
臨床実習受託の可否	受託する ・ 受託しない

こちらの面を FAX してください。