書式Ｅ－１ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

臨床動作法研修機会認定申請書

西暦　　\*\*\*\*年\*月\*日

日本臨床動作学会資格認定委員会 御中

氏名 　 \*\* \*\*

　下記の要領で臨床動作法の研修の計画をしていますので，認定を申請します。

記

　研修会名　　　　：

　研修形態　　　　：　（継続研修もしくは短期研修）

　研修期間　　　　：　\*\*\*\*年\*月\*日（継続研修の場合は終了日も記載）

　主催団体名　　　：

　主催団体住所　　：

　主催団体代表者　：

　主催団体担当者　：

　主催団体電話番号：

　主催団体E-mail　：

　会場名　　　　　：

　会場住所　　　　：

　研修講師　　　　：　\*\* \*\*（臨床動作学講師 資格番号）

　研修時間数　　　：　\*時間（理論\*時間，技法\*時間，ケース研究\*時間）

　研修ポイント　　：　\*ポイント（理論\*ポイント，技法\*ポイント，

事例研究\*ポイント）

　参加人数　　　　：　\*人

　参加費　　　　　：　\*円

　研修プログラム：別紙参照。

（各研修会のプログラムや案内も，ある場合には添付）

以上

様式Ｅ－１別紙

　申請日　：　\*\*\*\*

　研修会名：　\*\*\*\*

　研修プログラム

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施日 | 理論 | 技法 | ケース研究 | 備考 |
| 内容 | 時間 | 内容 | 時間 | 内容 | 時間 |
| 第1回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第2回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第3回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第4回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第5回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第6回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第7回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第8回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第9回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第10回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第11回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第12回 | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 |  |  |  |  |  |  |  |

　※必要に応じて行を追加・削除してください

　※オンラインで実施する場合は，備考欄に「オンライン」と記載すること。

書式Ｅ－２ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

臨床動作法研修会修了報告書

西暦　　\*\*\*\*年\*月\*日

日本臨床動作学会資格認定委員会 御中

氏 名 \*\* \*\*

　下記の通り臨床動作法に関する研修会を修了したので，報告します。

記

　研修会名　　　　：

　研修形態　　　　：　（継続研修会もしくは短期研修会）

　研修期間　　　　：　\*\*\*\*年\*月\*日（継続研修の場合は終了日も記載）

　主催団体名　　　：

　主催団体住所　　：

　主催団体代表者　：

　主催団体担当者　：

　主催団体電話番号：

　主催団体E-mail　：

　会場名　　　　　：

　会場住所　　　　：

　代表講師　　　　：　\*\* \*\*（臨床動作学講師 資格番号）

　参加者　　　　　：　別紙様式（書式Ｅ－３）

以上

書式Ｅ－３ はExcel(.xlsx)の

フォーマットとなります。

学会HPからダウンロードし、ご記入ください。

書式Ｅ－４ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

臨床動作法研修機会認定書

西暦　　\*\*\*\*年\*月\*日

日本臨床動作学会資格認定委員会 印

\*\* \*\* 様

　研修会名　：

　研修形態　：

　主催者名　：

　申請者名　：

　申請日　：　\*\*\*\*年\*月\*日

　上記の研修会を，臨床動作法認定研修として認定します。

　なお，研修修了後は，研修修了証明書を参加者に交付し，研修会修了報

告書を，日本臨床動作学会資格認定委員会に提出して下さい。

書式Ｅ－５ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

研 修 証 明 書

（日本臨床動作学会主催研修会）

氏名　\*\* \*\*

上記の者が，臨床動作法に関する下記の研修を修了したことを証明します。

記

　研修会名　　：　\*\*\*\*

　主催　　　　：　日本臨床動作学会

　研修期間　　：　\*\*\*\*年\*月\*日\*\*:\*\* 〜 \*\*:\*\*

　研修会場　　：　\*\*\*\*

　研修講師　　：　\*\*\*\*

　参加形態　　：　（参加者・研修講師・講師補助など）

　研修時間数　：　\*時間（理論\*時間，技法\*時間，ケース研究\*時間）

　研修ポイント：　\*ポイント

　　　　　　　　（理論\*ポイント，技法\*ポイント，ケース研究\*ポイント）

研修コース　：　（初級・中級・上級など）

以上

西暦　\*\*\*\*年\*月\*日

日本臨床動作学会

理事長　鶴 光代

日本臨床動作学会事務局

〒\*\*\*-\*\*\*\*　（住所）

書式Ｅ－６ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

研 修 証 明 書

（短期研修会）

氏名　\*\* \*\*

上記の者が，臨床動作法に関する下記の研修を修了したことを証明します。

記

　研修会名　　：　\*\*\*\*

　主催　　　　：　\*\*\*\*

　研修期間　　：　\*\*\*\*年\*月\*日\*\*:\*\* 〜 \*\*:\*\*

　研修会場　　：　\*\*\*\*

研修講師　　：　\*\*\*\*

　研修時間数　：　\*時間（理論\*時間，技法\*時間，ケース研究\*時間）

　研修ポイント：　\*ポイント

　　　　　　　　（理論\*ポイント，技法\*ポイント，ケース研究\*ポイント）

以上

西暦　　\*\*\*\*年\*月\*日

臨床動作学講師：\*\* \*\*

主催：\*\*\*\*

〒\*\*\*-\*\*\*\*　（住所）

書式Ｅ－７ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

研 修 証 明 書

（継続研修会）

氏名　\*\* \*\*

上記の者は，下記のとおり研修したことを証明します。

記

　研修会名　　：　\*\*\*\*

　主催　　　　：　\*\*\*\*

　研修期間　　：　\*\*\*\*年\*月\*日　〜　\*\*\*\*年\*月\*日

　研修会場　　：　\*\*\*\*

　研修講師　　：　\*\*\*\*

　研修時間数　：　\*時間（理論\*時間，技法\*時間，ケース研究\*時間）

　研修ポイント：　\*ポイント

　　　　　　　　（理論\*ポイント，技法\*ポイント，ケース研究\*ポイント）

以上

西暦　　\*\*\*\*年\*月\*日

臨床動作学講師：\*\* \*\*

主催：\*\*\*\*

〒\*\*\*-\*\*\*\*　（住所）