

## 平成30年度 補装具製作事業者管理者研修会実施要綱

### 1. 目的

補装具製作事業者に従事する者の人事・労務等の管理に必要な知識、補装具製作に関する最新の動向等についての知識を習得させることを目的とする。

### 2. 共催

国立障害者リハビリテーションセンター  
一般社団法人日本義肢協会

### 3. 期間

平成30年7月13日（金）～7月14日（土）

### 4. 場所

国立障害者リハビリテーションセンター学院（埼玉県所沢市並木4丁目1番地）

### 5. 受講定員

50名

### 6. 受講資格

補装具製作事業者の管理的役割を担う者

### 7. 研修内容

別紙日程表のとおり。

### 8. 研修会費用

1,000円（初日に現金にて徴収する。なお、宿泊費及び食費は含まない。）

### 9. 受講手続

受講希望者は、当センター学院ホームページ（下記URL）にアクセスし、申込案内に従いお申し込み下さい。

URL:[http://www.rehab.go.jp/College/japanese/kenshu/schedule\\_2018/](http://www.rehab.go.jp/College/japanese/kenshu/schedule_2018/)

又は、一般社団法人日本義肢協会をとおしての受講申込も可能です。別添申し込み書に必要事項を記入し、「一般社団法人日本義肢協会」あてお申し込み下さい。

（一般社団法人日本義肢協会）

住所：〒113-0033 東京都文京区本郷5-32-7

TEL：03-3811-0697

FAX：03-3814-5250

### 10. 申込締切

平成30年6月8日（金）

### 11. 受講決定

平成30年6月13日（水）までに、ご登録いただいたメールアドレス宛に通知いたします。

なお、期日を過ぎても受講決定通知書が届かない場合は、下記の連絡先までお問い合わせください。

### 12. 宿泊施設

① 本センターの研修用宿泊施設に宿泊を希望する方は、研修会申込書の宿泊希望欄の「希望する」にチェックをして下さい。

- ② 宿泊費用は一泊2,730円(初日に宿泊日数分を徴収します。)但し、宿泊は研修会初日からとし、初日の研修会終了後の入舎となります。(前泊不可)
- ③ 宿泊人数には制限がありますので、お申し込みいただいても宿泊できない場合があります。
- ④ 宿泊施設内での食事の提供はございません。素泊まりのみとなります。
- ⑤ 研修用宿舎のため規則があります。ご承知のうえお申し込みください。  
入浴 17:30~22:00 門限22:30 消灯23:00 外泊不可
- ⑥ 宿泊施設の詳細については、当センター学院HPに掲載しております。  
<http://www.rehab.go.jp/College/japanese/application/files/1514/9204/2198/kensyulodgings.pdf>

### 13. その他

- ①お申し込み後の入力事項の誤りに気づかれた場合は、下記連絡先へご連絡ください。
- ②研修会最終日の終了時間は、プログラムの進行上延長もしくは変更される場合があります。  
お帰りの飛行機、列車等の手配は予め時間に余裕をもってご準備願います。
- ③一部聴講は受付しておりません。

#### 【本研修会への連絡先】

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地  
国立障害者リハビリテーションセンター学院 研修担当  
TEL04-2995-3100 (内線2612) FAX04-2996-0966  
電子メール: ml-gakuin-kensyu3@rehab.go.jp  
URL <http://www.rehab.go.jp/College/japanese/kenshu/>

平成30年度補装具製作事業者管理者研修会申込書  
(一般社団法人日本義肢協会あて)

(必要事項を記入または該当するものを○で囲んでください)

氏名	
ふりがな	
性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日
勤務先名称	
勤務先住所	都道府県
連絡先電話番号	— — (勤務先・自宅)
連絡先メールアドレス(パソコンで受信できるものを記入下さい)	@ (勤務先・自宅)
現職種	
勤務先の職名(肩書)	
経験年数	
7/13(金)研修宿舍宿泊	希望する 希望しない
<p>【個人情報の取り扱いについて】 研修会の申込に記入いただいた情報は、受講者の決定を行うために利用することを目的とし、受講決定されなかった方の情報については責任を持って廃棄するとともに、受講決定された方の情報は研修会の充実や受講者の有意義な情報交換を行っていただくため必要な範囲で本人の同意に基づき他の受講者・講師へ情報提供することとしております(については、次欄の内容を確認し該当する項目を選択してください)。その際、国立障害者リハビリテーションセンターサイトの個人情報保護方針に基づき適切に取り扱います。なお研修会修了者については、国立障害者リハビリテーションセンター学院及び一般社団法人日本義肢協会管理を行うため申込時に記入いただいた情報のうち「氏名」、「性別」、「生年月日」、「都道府県名」、「勤務先」の情報は、国立障害者リハビリテーションセンター学院及び一般社団法人日本義肢協会管理し、その他の情報及び受講又は修了できなかった方の全ての情報については責任をもって破棄いたします。</p>	
受講者への情報提供	同意する 同意しない 一部同意しない
<p>※「受講者への情報提供」において「一部同意しない」を選択した場合は、同意しない情報を次の中から選択下さい。</p>	
	性別 都道府県名 勤務先 現職種(現職名)
所属する事業所の従業員数	人 (うち 正規 人 非正規 人)
備考	

※研修会の受講において特別の配慮が必要な方は、状況及び希望する内容を備考欄に記入下さい。