

平成 28 年 11 月 吉日

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7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。

本会ではロコモティブシンドロームに対する体操指導などを担う人材として、「ロコモコーディネーター」として認定する制度をスタートさせました。認定対象者は、医療系資格として、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、介護系資格として、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としています。

つきましては下記の日程で第7回資格取得研修会を実施することになりました。これらにより、医療機関、介護施設、在宅、地域の場での介護予防活動が可能となり、もって市民の健康寿命の延伸に寄与できると考えています。

*** 記 ***

日 時：平成 29 年 1 月 22 日（日） 9:00～16:30（予定）

*6 時間の講義受講後に試験を実施

場 所：鹿児島県医師会館 4 階大ホール（〒890-0053 鹿児島県鹿児島市中央町 8-1）

主 催：特定非営利活動法人全国ストップ・ザ・ロコモ協議会（S L O C）

後 援：公益社団法人鹿児島県医師会、鹿児島県整形外科医会、鹿児島県

定 員：170 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。

① <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書」にアクセスいただき必要事項を入力してお申し込み下さい。

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事務局宛ご送付ください。
3. その際、封筒の表に「受付番号」を朱書きください。（例：受付番号〇〇〇）
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。
一施設3名までの受講とさせていただきます。

②同封の申込書をご利用ください。

資格証明書を同封の上、下記までご郵送ください。

申し込み期間：平成28年11月21日（月）～12月20日（火）

*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。

【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）】

〒143-0006 東京都大田区平和島5-1-1 ヤマトインターナショナルビル
（株）レイ MICE 事業部内
「ロコモコーディネーター研修会申込み係」

*お問合せ等はファックス（03-3766-1351）または E-mail（support@jsmr.info）にてお願いいたします。

第7回ロコモコーディネーター資格取得研修会

開催日：平成29年1月22日（日）9：00～16：30

場 所：鹿児島県医師会館 4階大ホール（鹿児島市中央町8-1）

主 催：特定非営利法人全国ストップ・ザ・ロコモ協議会

後 援：鹿児島県、鹿児島県医師会、鹿児島県整形外科医会

《 会 次 第 》

9：00～10：00 ロコモの背景・こどもロコモ

全国ストップ・ザ・ロコモ協議会 理事 二階堂 元重

10：00～11：00 運動器とは

全国ストップ・ザ・ロコモ協議会 理事 長谷川 利雄

11：00～12：00 ロコモに関する疾患

全国ストップ・ザ・ロコモ協議会 副理事長 原田 昭

12：00～13：00 昼 食

13：00～14：00 介護保険の仕組みと医療介護の連携

全国ストップ・ザ・ロコモ協議会 総務委員会 委員長 林 承弘

14：00～15：00 ロコモ・ロコチェック・ロコモ度テスト・ロコモ度1&2

全国ストップ・ザ・ロコモ協議会 理事 佐藤 公一

15：00～16：00 ロコトレ・ロコトレにおけるリスク管理

全国ストップ・ザ・ロコモ協議会 理事長 藤野 圭司

16：00～16：30 試 験

第7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7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。

平成 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

※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。(ご郵送の際はご記入いただいた資格証明をご提出下さい)

所持資格:

①
②

資格免許番号: ①
②

所属機関名称:

管理者氏名:

所属部課:

TEL:
FAX:

所属機関 住所:

(〒 —)

現住所(自宅):

TEL(自宅):

(〒 —)

連絡先

E-mail address : _____ @ _____

(※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。)

*1) 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
(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)

*2) 1機関から3名までの受講が可能です。