

平成27年度 公認中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(理学療法士対象) 開催要項

1. 目的 障がい者スポーツの振興を図り、その健康の維持増進に寄与するために、障がい者のスポーツ指導について専門的な知識と技術を身につけた理学療法士の育成を図ることを目的とする。
障がい者にとってのスポーツの重要性を再確認するとともに、具体的なスポーツ実習を通して理学療法士とスポーツの接点やかかわりについて学ぶ。
2. 主催 高知県障がい者スポーツ指導者協議会、高知県
3. 共催 公益社団法人 高知県理学療法士協会
4. 後援 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会
5. 協力 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 高知県立障害者スポーツセンター
6. 場所 高知県立障害者スポーツセンター
〒781-0313 高知県高知市春野町内ノ谷1-1
TEL:088-841-0021 FAX:088-841-0065
7. 期日 ①平成27年7月18日(土)～20日(月)
②平成27年9月19日(土)～21日(月)
8. 受講対象者 公益社団法人 日本理学療法士協会登録理学療法士
9. 講習内容

29.5時間以上の講義・実技と活動報告書の提出をもって全過程終了とする

<講義:16.5時間以上>	<実技:13時間以上>
①障害各論 ②スポーツ心理学 ③トレーニングの基礎知識 ④スポーツと栄養 ⑤障がい者スポーツと理学療法 ⑥全国障害者スポーツ大会概要と障がい者スポーツ指導者について ⑦全国障害者スポーツ大会の障害区分 ⑧障がい者のスポーツ指導上の留意点	①車いすスポーツ実習 ②視覚障がい者のスポーツ実習 ③最重度障がい者のスポーツ実習 ④全国障害者スポーツ大会実施競技の実習
	<活動実績報告> レポート提出

10. 定員 25名(定員を超えた場合は抽選とする)
11. 受講料 ①県内理学療法士 8,000円(テキスト及び保険代等含む)
②県外理学療法士 16,000円(テキスト及び保険代等含む)
12. 申込み 所定の申込書にて、下記事務局へ6月30日(火)必着で郵送もしくはFAX、メールにて申し込むこと。なお、FAXで申し込む方は、着信の確認をしてください。(メールの方は受信後返信いたします)
〒781-0313 高知県高知市春野町内ノ谷1-1 高知県立障害者スポーツセンター内
高知県障がい者スポーツ指導者協議会 事務局宛(担当:小林順一)
TEL 088-841-0021 FAX 088-841-0065
メール koball@kochi-scfed.com
13. 備考 ①受講の可否は本人宛に通知する。(カリキュラム日程等もあわせて通知します)
②講習会修了者には高知県障がい者スポーツ指導者協議会会長名の修了証を授与し、(公財)日本障がい者スポーツ協会公認中級スポーツ指導員資格の申請登録が可能になる。なお、申請には申請書及び調査書を提出し、申請・認定料 5,500円および登録料 3,800円(計9,300円)が必要となります。
③宿泊の必要な場合は各自で手配のこと。
④講習中の事故等については自己責任とするが、主催者として傷害保険に加入する。

受付番号 _____

平成27年 月 日

高知県障がい者スポーツ指導者協議会
会長 宮地 彌典 あて

平成27年度公認中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(理学療法士対象)

受講申込

中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(理学療法士)を下記のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	T ・ S ・ H	年 月 日生 歳
勤務先 (学校)					
勤務先 住所	〒				
電話番号	— —	FAX番号	— —		
自宅 住所	〒				
電話番号	— —	FAX番号	— —		
携帯番号	— —				
日本理学療法士協会登録番号					
登録年月日					
障害の有無	有・無	障害名		車椅子の使用	有・無
受講の動機(障害者スポーツとの関わりや今後やってみたいこと等も)					

必要事項に○をしてください。

昼食 弁当の注文が必要な日に○をしてください。(7/18、7/19、7/20、9/19、9/20、9/21)
弁当1個600円