

4461-1073
平成30年5月吉日

関係機関各位

宮崎県立こども療育センター所長
(公印省略)

平成30年度 小児リハビリテーション研修の実施について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

日頃より小児リハビリテーションに対するご理解、ご協力をいただきありがとうございます。

さて、県におきましては、県内の障がい児（者）が、身近なところで必要な診療、リハビリ及び相談が受けられる体制を整備するため、標記の研修会を実施しております。今年度も別紙1の研修実施要領のとおり研修会を開催いたします。

つきましては、趣旨をご理解いただきまして、貴所属職員の研修への参加について、特段のご配慮をお願い申し上げます。

記

○ 申込方法

受講申込書（別紙3・4・5）を、平成30年6月1日（金）必着とし、郵送又はFAXで送付してください。

○ 問合せ先・申し込み先

〒889-1601 宮崎市清武町木原4257-8

宮崎県立こども療育センター 医療課

担当 PT 野口拓巳 日高優 OT 日高直樹 ST 山下晃功

電話 0985-85-6630

FAX 0985-85-6501

1 目的

県内の障がい児（者）が、身近なところで、必要な診療、リハビリ及び相談が受けられる体制を整備するため、協力病院のセラピスト等を対象に研修を実施し、小児リハビリテーションに係る技術の向上を図ることを目的とする。

2 実施主体

宮崎県

3 協力病院

本事業に参加する病院等を「協力病院」とする。

4 研修の種類

(1) センター研修

- ① こども療育センターにおいて全15日、講義や治療見学・実習・施設見学を行うものである。
- ② 受講者が業務の都合等で全研修を受けられない場合でも、希望の講義や希望の日のみ選択して受講できる選択研修を、若干名受け付ける。

研修計画は別紙2のとおり

※ 講師の都合により、スケジュールが変更される場合があります。

(2) リフレッシュ研修

前回までの当研修会受講者において、特定の講義を受講する希望があれば受け付ける。

(3) 地域に出向いてのケース検討

小児リハ研修を受講した方、または今年度受講する方を対象に、その技術等の向上を図るため、希望のあった協力病院においてケース検討等を行う。

*お申込みについては、担当者にお問い合わせください。

5 研修の期間

(1) センター研修・リフレッシュ研修

週5日間連続実施の期間集中型で実施する。

(第1週) 7月9日(月)～7月13日(金)

(第2週) 7月23日(月)～7月27日(金)

(第3週) 8月6日(月)～8月10日(金)

6 研修場所

宮崎県立こども療育センター

〒889-1601 宮崎市清武町木原4257-8

7 受講の対象者

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等

※ 受講後は貴病院（施設）での実施も含めた地域の小児リハビリテーションに対する受け入れのご配慮をお願いいたします。

8 定員

(1) センター研修 最大9名（申し込み多数の場合は選考の上決めさせていただきます）

※ 選択研修 若干名

(2) リフレッシュ研修 若干名

9 受講料 無料

10 その他

センター研修の受講者には、県の旅費規程に定める額以内の額で、旅費・宿泊費を支給する。選択研修に関しても旅費に関しては同様とする。

11 県外研修

県外研修として、小児に関連する研修会の参加者（若干名）の受講費及び旅費（県の旅費規程以内）負担を県で行います（対象講習については下記参照）。

受講対象者は小児リハ研修を受講した方、または今年度受講する方とします。また、**過去に県外指定研修に参加されたことのない方を優先的に**決めさせていただきます、後日連絡いたします。

<対象講習>

講習名：JBITA 日本ボバース講習会講師会議 インTRODクドクドリーモジュール1

日程：平成30年10月20日（土）～21日（日）

会場：誠愛リハビリテーション病院（福岡県大野城市）

講師：瀧 雅子先生 坂口 重樹先生

定員：30名

申し込み：近日受付開始

詳細は、JBITA 日本ボバース講習会講師会案内をご確認ください。

12 申し込み締め切り

研修申し込みについては、別紙3・4・5に必要事項を記入の上、6月1日（金）必着で、県立こども療育センターまで郵送またはFAXにて送付していただくようお願いいたします。

平成30年度 小児リハビリテーション研修
受 講 申 込 書

センター研修受講申込

1 氏 名			歳、男・女
2 職 種			経験年数 年
3 勤務先	住 所 〒		
	病院（施設）名		
4 連絡先	TEL:	FAX:	
	MAIL:		

選択研修参加申込

1 氏 名			歳、男・女
2 職 種			経験年数 年
3 勤務先	住 所 〒		
	病院（施設）名		
4 連絡先	TEL:	FAX:	
	MAIL:		
5 希望講義			
別紙2の研修会予定表から選択してください。			
希 望 講 義			

県立こども療育センター所長 殿

上記の者の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

施設住所

施設名

施設長名

印

別紙 4

平成30年度 小児リハビリテーション研修
受講申込書

リフレッシュ研修参加申込

1 氏名	歳、男・女		
2 職種	経験年数 年		
3 勤務先	住所 〒 病院（施設）名		
4 連絡先	TEL:	FAX:	
	MAIL:		
5 希望講義	別紙2の研修会予定表から選択してください。		
	希	望	講 義

県立こども療育センター所長 殿

上記の者の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

施設住所

施設名

施設長名

印

平成30年度 小児リハビリテーション県外研修

受講申込書

県外研修受講申込

1 氏名	歳、男・女
2 職種	経験年数 年
3 小児リハ研修受講年度	平成 年度
3 勤務先	住所 〒 病院（施設）名
4 連絡先	TEL: FAX:
	MAIL:

県立こども療育センター所長 殿

上記の者の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

施設住所

施設名

施設長名

印