

## 介護予防推進リーダー 士会指定事業登録申請書

申請者：

ふりがな：

会員番号：

生年月日：

(例：1978.03.09)

○当該年度内に参加した士会指定事業の番号を入力してください。( )

※番号は1つだけ入力してください。日時項目がある箇所は記載を必ずお願いします。

1. 転倒予防教室の運営 (出務日：R 年 月 日)
2. 介護体験の運営 (出務日：R 年 月 日)
3. 健康 21 世紀福岡県大会の運営 (出務日：R 年 月 日)
4. 北九州マラソンの運営 (出務日：R 年 月 日)
5. 福岡県身体障害者体育大会の運営 (出務日：R 年 月 日)
6. 飯塚国際車いすテニス大会の運営 (出務日：R 年 月 日)
7. 北九州 OPEN 車いすテニス大会の運営 (出務日：R 年 月 日)
8. 健康フェアの運営 (出務日：R 年 月 日)
9. バリアフリーアドバイザー (出務日：R 年 月 日)
10. 訪問リハビリテーション実務者研修会の参加 (参加日：R 年 月 日)
11. 認定審査会委員 (R 年 月～ 年 月)
12. 地域包括ケア実務担当者 (R 年 月～ 年 月)
13. 福岡県理学療法士会役員 (理事、監事、部長、運営委員、各種委員会委員)
14. 介護保険関連施設等従事者研修会の参加 (参加日：R 年 月 日)
15. 上記 1～14 の指定事業以外で地域包括ケア推進局が認めた事業  
( )

※15 で申請した事業については地域包括ケア推進局で協議し、承認の可否について結果を通知します。

当年度分の会費納入済 (またはカード引き落とし予定) の会員が申請可能です。  
休会中の会員は申請できません。