

認定理学療法士臨床認定カリキュラム教育機関 認定申請書（新規）

公益社団法人日本理学療法士協会 御中

2025 年 8 月 15 日

組織名： △△病院

代表者役職： 院長

代表者氏名： 東京 五郎

印

当組織は、標記の件につきまして、別添の申請書類を添えて申請いたします。

代表者印または法人印
を押印してください。

記

【教育機関 基本情報】

開講分野	脳卒中
教育機関名称	△△病院
教育機関所在地	〒106-0032 東京都港区六本木 7-11-10

【申請者（教育機関管理者） 情報】

会員番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名（ふりがな）	りがく たろう
氏名（漢字）	理学 太郎
所属先・所属部署	リハビリテーション科
職位	課長

※教育機関を開講する組織に属する者であること
※本会会員（在会）であること

必ず条件に沿った方を選任し
てください。

【会計責任者 情報】※申請者（教育機関管理者）とは別に置くこと

会員番号（会員の場合）	
氏名（ふりがな）	やまだ じろう
氏名（漢字）	山田 次郎
所属先・所属部署	経理課
職位	課長

※申請者（教育機関管理者）とは別に置くこと
※教育機関を開講する組織に属する者であること

必ず申請者（教育機関管理
者）とは別の方を記載してく
ださい。

【担当者（連絡窓口） 情報】

会員番号（会員の場合）	〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名（ふりがな）	さとう はなこ
氏名（漢字）	佐藤 花子
所属先・所属部署	リハビリテーション科
職位	主任

※教育機関を開講する組織に属する者であること

【審査料 請求先情報】

請求書 宛名	△△病院	郵送先の宛先ではなく、請求書の宛名です。個人宛は承りかねます。
請求書 送付先住所	〒106-0032 東京都港区六本木 7-11-10	
請求書 送付先担当者所属先・所属部署・氏名	△△病院 経理課 山田 次郎	

以上

【様式1】開講予定と対象者等

■開講予定

	必須科目	選択科目
対面の開催日		2026年11月14日・15日
オンライン(生中継)の開催日		後
オンライン(録画)の開催日	前	※必須科目の後に選択科目を受講できるよう計画してください
オンライン(オンデマンド)の開催期間	2026年7月1日～10月31日	

※オンライン形式とは以下が該当する

1) 生中継: 当該日・当該時間のみ放映

2) 録画: 事前撮影、当該日・当該時間のみ放映

3) オンデマンド: 事前撮影、一定期間の放映(開講期間は10日以上とする)

※必須科目の後に選択科目を受講できるよう計画してください

対面開催を実施する場合は
様式②も記載してください。

■対象者

募集定員	30
------	----

■最少催行人数

設けるか否か	設ける
設ける場合の人数	10

【様式2】教育施設・教材・教育機器

(1)実施施設について

実施施設は開講機関の所有施設であるか。	全講義を所有施設で実施する
---------------------	---------------

(2)施設・設備について

■(1)で「全講義を所有施設で実施する」を選択した場合

	数	収容人数	備考
講義室	1	50	
演習室			
その他			

※講義室・演習室の収容人数が募集定員に関係スタッフ数を合わせた数以上であること

■(1)で「全講義を所有施設以外(外部借用等)で実施する」を選択した場合

	数	収容人数	実施施設名
講義室			
演習室			
その他			

※講義室・演習室の収容人数が募集定員に関係スタッフ数を合わせた数以上であること

■(1)で「講義によって所有施設と所有施設外を使い分ける」を選択した場合

	数	収容人数	実施施設名	所有施設か否か
講義室				
演習室				
その他				

※講義室・演習室の収容人数が募集定員に関係スタッフ数を合わせた数以上であること

(3)教材・教育機器について

名称	個数	備考(使用用途を含む)
PC	1	オンライン講義の配信、講師・受講者とのメール送受信、資料作成
WEBカメラ	1	オンライン講義の配信
		オンライン(生中継・録画・オンデマンド)で開催する場合、教育機関として配信等に使用するPC等の機器を必ずご記載ください。対面の場合、講師・受講者とのメール送受信、資料作成などにPC等を使用する場合も同様に記載してください。

※オンライン研修を実施する場合はインターネット環境、PC、マイク、カメラなどを記載すること

※資産として残るもの(PC等)は使用用途を記載すること

【様式3】収支

収入

科目名	金額	内訳
【必須記載項目】 ※該当する収入がない場合「0」と記載		
受講費	900,000	受講費単価30000円×募集定員30名
教材費	0	金額欄は1名分ではなく、募集定員（※様式1の募集定員数と同数）の合計額です。内訳欄は例に倣い、必ず内訳を記載してください。
【自由記載項目】		
	0	
	0	
合計金額	900,000	合計金額は自動計算になっています。

支出

科目名	金額	内訳
【必須記載項目】 ※該当する支出がない場合「0」と記載		
人件費(講師)※源泉税を含む金額を記載してください	620,000	講師:30,000円×20人、演習補助講師:10,000円×2人
人件費(講師以外)※源泉税を含む金額を記載してください	90,000	6,000円×3人×5日
旅費・交通費	43,000	5,000円×5人(対面講師分)、1,000円×3人×6日(スタッフ分)
教材作成・購入費(講師謝金除く)	0	
消耗什器備品費	100,000	PC、消耗品購入
通信運搬費	20,000	Zoom契約費
賃借費	0	予算計上を行う項目は、例に倣い金額内訳や主な支出用途を記載してください。 ※審査料11,000円は支出には含めない
印刷製本費	0	
【自由記載項目】		
	0	
	0	
合計金額	873,000	合計金額は自動計算になっています。

【様式4】講師リスト

■ 備考欄

※[注]必ず最初に分野名を選択し、科目等を反映させてから入力を進めてください！

分野名を選択してください

※を上の分野名を選択して職種名に「理学療法士」と反映された科目の講師は「**理学療法士**」のみ紐付け可能です。自動反映された記載を変更しないでください。
※空欄で表示された科目へのみ「理学療法士」「医師」「看護師」など職種を直接入力してください。

必須／選択科目	番号	科目名 (開講分野を選択すると自動反映)	開講概要				職種名 (科目により理学療法士の指定あり)	会員番号(PTの場合)	氏名(漢字)	所属	職位	講師					
			開講有無	座学／実技	研修形式	オンライン形式時の接続確認方法						登録理学療法士登録番号	認定理学療法士取得分野	認定理学療法士登録番号	専門理学療法士取得分野	専門理学療法士登録番号	
必須科目講師 (15コマ全ての開講) ・1コマあたり90分 ・15コマ全ての履修を修了要件とする。	1	正常な構造	必須開講	座学	オンライン(生中継)	3.画面確認	医師		医師 一郎	△△病院	部長						
	2	医学的診断と治療介入	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	医師	「理学療法士」と自動表示される科目は理学療法士のみ担当可能(他職種不可)	医師 一郎	△△病院	部長						
	3	理学療法介入の意義と理学療法士の役割	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	理学 太郎	□□クリニック		T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	4	疾患によって生じる障害とその評価および予後予測	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	高橋 三郎	◎□医療センター	科長	T22-xxxxxxx			神経理学療法	Sxx-xxxxxxxx	
	5	脳卒中後の運動機能障害に対する理学療法	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	理学 太郎	□□クリニック		T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	6	脳卒中後の高次脳機能障害に対する理学療法	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	高橋 三郎	◎□医療センター	科長	T22-xxxxxxx			神経理学療法	Sxx-xxxxxxxx	
	7	脳卒中後の活動・参加制限に対する理学療法	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	高橋 三郎	◎□医療センター	科長	T22-xxxxxxx			神経理学療法	Sxx-xxxxxxxx	
	8	早期離床と合併症予防のための急性期理学療法	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	山田 一郎	◎◎大学病院	科長	T22-xxxxxxx					
	9	機能回復と日常生活活動自立に向けた回復期理学療法	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	田中 花江	△△病院		T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	10	在宅生活の充実と社会参加促進のための生活期理学療法	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	田中 花江	△△病院		T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	11	終末期における理学療法	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	理学 太郎	□□クリニック		T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	12	自立支援や疾病管理の補助具・機器とその活用	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	渡辺 太郎	△△病院		T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	13	発症予防、重症化予防、再発予防	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	渡辺 太郎	△△病院		T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	14	患者・家族教育の意義とその方法	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	佐藤 花子	☆☆大学	教授	T22-xxxxxxx			神経理学療法	Sxx-xxxxxxxx	
	15	社会資源の活用	必須開講	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	佐藤 花子	☆☆大学	教授	T22-xxxxxxx			神経理学療法	Sxx-xxxxxxxx	
選択科目講師 (5コマ以上を選択して開講) ・1コマあたり90分 ・5コマ以上を選択して、履修することとを修了要件とする。 ・各分野における特定の技術など、その分野の知識・技術を広げる上で、必要となるカリキュラムを設定する。	1	疾病・障害特異的理学療法の実践(技術編1)	開講	座学	オンライン(生中継)	3.画面確認	医師		医師 一郎	△△病院	部長						
	2	選択科目は、開講する科目は「開講」、開講しない科目は「未開講」を選択してください。(どちらかを必ず選択)	未開講	選択してください	選択してください	選択してください											
	3	疾病・障害特異的理学療法の実践(Tx)(歩行再建の実践)	開講	実技	対面		理学療法士	xxxxxxx	中村 一郎	△△病院	主任	T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	4	疾病・障害特異的理学療法の実践(技術編4)(ニューロモジュレーションの実践)	開講	実技	対面		理学療法士	xxxxxxx	中村 一郎	△△病院	主任	T22-xxxxxxx	編卒中	Nxx-xxxxxxxx			
	5	疾病・障害特異的理学療法の実践(技術編5)(装具療法の実践)	開講	実技	対面		理学療法士	xxxxxxx	東京 二郎	◎◎大学	准教授	T22-xxxxxxx			神経理学療法	Sxx-xxxxxxxx	
	6	疾病・障害特異的理学療法の実践(技術編6)(上肢トレーニングの実践)	開講有無を選択	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士										
	7	疾病・障害特異的理学療法の実践(技術編7)(ロボット療法の実践)	開講有無を選択	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士	xxxxxxx	東京 二郎	◎◎大学	准教授	T22-xxxxxxx			神経理学療法	Sxx-xxxxxxxx	
	8	疾病・障害特異的理学療法の実践(技術編8)(予後予測の実践)	開講有無を選択	選択してください	選択してください	選択してください	理学療法士										
●選択科目補助講師			選択科目に補助講師がいる場合は、担当科目名を選択してください。														
※選択科目に補助講師がいる場合は、B列に担当科目を記載してください。	選択3	演習補助講師						職種名 (理学療法士のみ可)	会員番号	氏名(漢字)	所属	職位	登録理学療法士登録番号	認定理学療法士取得分野	認定理学療法士登録番号	専門理学療法士取得分野	専門理学療法士登録番号
	選択4	演習補助講師						理学療法士	xxxxxxx	実技 太郎	じつぎ たろう		T22-xxxxxxx				
		演習補助講師						理学療法士	xxxxxxx	演習 花子	えんしゅう はなこ		T22-xxxxxxx				
		演習補助講師						理学療法士									

【様式5】 ※講師が開講分野の認定理学療法士・専門理学療法士を有している場合のみ提出不要

科目担当講師の経歴									
会員番号(理学療法士の場合)		XXXXXXX (数字8桁)							
ふりがな	やまだ いちろう		生年月日						
氏名	山田 一郎		1966	年	1	月	1	日	
所属施設	郵便番号	〒106-0032							
	住所	東京都港区六本木7-11-10							
	施設名・部署名	◎◎大学病院 リハビリテーション科							
担当科目番号・名	必須科目8	早期離床と合併症予防のための急性期理学療法							
学歴(取得免許、学位)									
(西暦) 年月	事 項								
1987 年 3 月	〇〇大学リハビリテーション学部理学療法学科卒業 学士(理学療法) 取得								
1987 年 4 月	理学療法士免許取得 登録番号第〇〇〇〇号								
2005 年 4 月	〇〇大学大学院医療科学研究科医療科学専攻博士課程前期課程 入学								
2007 年 3 月	〇〇大学大学院医療科学研究科医療科学専攻博士課程前期課程 卒業 修士(理学療法) 取得								
国会認定資格取得年月日									
登録理学療法士			分野		取得年月				
					西暦	年	月	日	
認定理学療法士					西暦	年	月	日	
専門理学療法士					西暦	年	月	日	
職 歴									
(西暦) 年月	事 項								
1987 年 4 月	〇〇リハビリテーションセンター リハビリテーション科 (1996年3月まで)								
1996 年 4 月	△△病院 リハビリテーション科 (2018年3月まで)								
2018 年 4 月	□□大学病院 リハビリテーション科								
現在に至る									
実績・業績(条件①～③のいずれかを必ず有する) ※必ず記載例を参照の上、当該分野および担当科目における 実績や業績を具体的に記載すること									
【条件①】当該分野および科目において理学療法実践力を有する者：職務上の実績に関する具体的事項									
(西暦) 年月	事 項								
2015 年 4 月	△△病院 脳神経外科病棟(急性期の医療機能を有する病床)で勤務(2018年3月まで)								
2022 年 8 月	□□大学病院 急性期脳卒中患者を年間約30症例担当実績あり(2023年7月まで)								
2023 年 8 月	◎◎病院 脳外科術後の急性期患者の担当実績は累計で55症例(現在に至る)								
年 月									
年 月									
【条件②】当該分野および科目において教育上の能力を有する者：教育上の実績に関する具体的事項									
(西暦) 年月	事 項								
2017 年 9 月	〇〇県理学療法学会大会講師 テーマ「脳卒中の急性期理学療法」								
2022 年 8 月	理学療法士作業療法士臨床実習指導者講習会 修了								
2023 年 1 月	〇〇県理学療法士会主催研修会講師 テーマ「急性期理学療法の実践」								
【条件③】当該分野および科目において学術業績を有する者：学術業績に関する具体的事項									
(西暦) 年月	事 項								
(著書)									
2019 年 12 月	山田一郎、急性期理学療法、〇〇出版								
年 月									
(学術論文)									
2023 年 3 月	山田一郎、脳卒中患者への早期離床の効果について、理学療法〇〇巻p〇〇-〇〇								
年 月									
(学会発表)									
2021 年 10 月	山田一郎、脳卒中急性期の早期リハビリテーション、第〇〇回〇〇県理学療法学会大会								
年 月									
学会及び社会における活動等									
(西暦) 年月	事 項								
2018 年 4 月	日本神経理学療法学会(現在に至る)								
年 月									
年 月									
賞 罰									
(西暦) 年月	事 項								
年 月	なし								
年 月									

※実績がない項目は、空欄ではなく「なし」と記載すること。
※不足な場合は、行数を増やしてよいが、当該科目に関連する業績を2ページ以内、複数科目を担当する場合には担当科目すべての関連業績を含め4ページ以内にまとめること。

【提出要否】様式5の提出が不要なのは、講師が開講分野の認定理学療法士・専門理学療法士を有している場合のみです。
以下のような講師は要提出(審査対象)です。
・登録理学療法士のみ取得者
・認定・専門理学療法士取得済だが、開講分野と異なる分野の取得者
・他職種
※科目変更の場合も同様

【担当科目番号・名】番号は(例:必須科目8)はプルダウンで選択可能です。番号に該当する科目名は様式4を参考に記載してください。演習補助講師であっても担当科目番号・名は記載してください。

【国会認定資格】理学療法士の場合、登録理学療法士・認定理学療法士・専門理学療法士の取得年月を記載してください。

【職歴】年月日順にすべてを記入してください。在職期間が明確になるように記入してください。なお、現職については、例にならって「現在に至る」につながるように記載してください。

★重要★ 該当分野および担当科目における実績や業績を具体的に記載してください。本例は担当科目が脳卒中分野における「早期離床と合併症予防のための急性期理学療法」であるため、例示のような内容です。例えば、職務上の実績において、脳卒中患者を担当したという記載のみでは担当科目における実績や業績には該当しません。

【職務上の実績】年月日順(過去→現在)に簡潔に記入してください。担当科目に関連した職務内容、従事期間が分かるように具体的に記載してください。

【教育上の実績】年月日順(過去→現在)に簡潔に記入してください。担当科目に関連した養成校教育歴、研修会での講師経験などを具体的に記載してください。

【学術業績】担当科目に関連した主要な3つ程度の学術業績を具体的に記載してください。自身が執筆した著書・学術論文・学会発表(筆頭著者、筆頭演者であること)に分けて記載してください。

該当する内容がない場合は「なし」と記載してください。

【様式6】提出資料チェックリスト(連絡票)

該当書類	チェック項目	確認チェック
認定申請書	申請者(教育機関管理者)は本会会員(在会のみ)であり、申請時点で申請組織に属している。	☑
	会計責任者は、申請時点で申請組織に属している。	☑
	申請者(教育機関管理者)と会計責任者は別の者である。	☑
	担当者は、申請時点で申請組織に属している。	☑
	申請内容(収支を含む)は開講組織の承認を得ている。	☑
	法人印または代表者印が押印されている(個人印は不可)。	☑
様式1	オンライン(オンデマンド)の場合、開講期間が10日以上である。	☑
	講義は必須科目、選択科目の順に受講できる開講計画である。	☑
様式2	講義室・演習室の収容人数は、募集定員に関係スタッフ数を合わせた数以上である。	☑
様式3	必須記載項目で支出入が生じない項目がある場合、「0」と記載している。	☑
	受講費や教材費等の収入は、募集定員数で算出されている(最少催行人数で算出しない)。	☑
様式4	選択科目が5科目以上開講予定である。	☑
	講師の中で1人以上は開講する認定理学療法士分野の認定理学療法士、もしくは、関連した専門理学療法士を有している。	☑
	認定・専門理学療法士を有していない理学療法士の場合、登録理学療法士を取得している(休会者、会員権利停止者、取得見込者は不可)。	☑
	講師は3名以上で構成されている。	☑
	別紙にて、講師が「理学療法士のみ」と指定された科目について、講師は理学療法士である(他職種不可)。	☑
	別紙にて、講師が「理学療法士のみ」と指定された科目以外は、他職種でも可能であるが、申請要項に示された職種である。	☑
	理学療法士の講師の場合、本会に在会している(休会者、会員権利停止者は不可)。	☑
	登録理学療法士登録番号、認定・専門理学療法士登録番号(取得者のみ)に誤りや記載漏れがない。	☑
	演習補助講師は理学療法士免許取得者であり、登録理学療法士を取得している(休会者、会員権利停止者、取得見込、他職種は不可)。	☑
様式5	職歴について、以下の3点を遵守した上で記載されている。 「年月日順にすべてを記載」「在職期間が明確な記載」「現職については必ず『(現在に至る)』と記載」	☑
	職務上の実績について、従事した期間、職務内容が分かる(当該分野かつ担当科目における臨床実践経験が判断できる)ように記載されている。 ※担当科目に関連した職務上の実績を記載すること ※〇〇病院△△科にて勤務、という情報のみでは実績にはならない	☑
	教育上の実績について、 <u>担当科目に関連した</u> ①養成校教育歴、②研修会での講師経験、などが記載されている。	☑
	学術業績について、主要な3つ程度の業績が、自身が執筆した著書・学術論文・学会発表(筆頭論文、筆頭演者であること)に分けて記載されている。	☑
	各種実績や業績について、実績がない項目は、空欄ではなく「なし」と記載されている。	☑
	「職務上の実績に関する事項」「教育上の実績に関する事項」「学術業績に関する事項」のいずれかに実績・業績が必ず記載されている。 ※すべて「なし」は講師要件を満たさない	☑