関係各位

令和８年１１月６日

臨床実習指導者講習会茨城県連絡協議会
（所属団体・養成校）
茨城県理学療法士会、茨城県作業療法士会
アール医療専門職大学、茨城県立医療大学、筑波技術大学
つくば国際大学、水戸メディカルカレッジ

令和８年度 第１回臨床実習指導者講習会（茨城県）（理学療法士対応）（対面開催）のご案内について

拝啓

向寒の候、ますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。さて、令和 2 年度入学生より理学療法士・作業療法士学校養成校指定規則の改正が行われ、臨床実習指導者の要件につきしても、経験年数 5 年以上かつ厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会を受講していることと変更されています。

このたびは、下記の要項にて茨城県内において厚生労働省指定の臨床実習指導者講習会を開催させていただきます。何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

1. 目的

理学療法士・作業療法士学校養成施設指定規則改正に伴い、臨床実習指導を実施するにあたり受講が義務化された臨床実習指導者講習会を開催し、臨床実習における教育の向上を図り、もって国民の医療・福祉の発展に寄与することを目的と致します。

2. 開催期日および会場

日時：

令和９年（２０２７年）２月２７日（土）・２月２８日（日）

場所：茨城県立医療大学（茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669-2）

3. 受付時間・開始および終了時刻

（時間等の変更の可能性がありますので、詳細なスケジュールは、受講者に通知いたします）

（受付 午前８ 時から午前８時 30 分まで）

1 日目：午前 9 時 00 分～午後 7 時 10 分

2 日目：午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分

（注）１日目は、午前８時４０分より、事前説明を実施します。そのため、必ず受付時間内に受付を済ませてください。

なお、本研修会は、**理学療法士に対応した研修内容**となっております。

4. 募集人数；100 人

・受講対象の可否については、**12月中旬まで**に申込代表者に受講決定の連絡をいたします。
なお、申込代表者へはメールでの連絡をする予定となりますので、必ず連絡が可能なメールアドレスの登録をお願いします。

5. 参加者資格

茨城県内に勤務し、以下の３つの条件をすべて満たすものとします。
なお、茨城県外に勤務するものは、以下３つの条件をすべて満たし、本連絡協議会に所属する養成校（アール医療専門職大学、茨城県立医療大学、筑波技術大学、つくば国際大学、水戸メディカルカレッジ）からの推薦をうけていることとさせていただきますので、申し込み前に必ず本連絡協議会に所属する養成校に確認をお願いします。

１）理学療法士・作業療法士の実務経験が**満４ 年以上（2026 年５ 月時点）**であること
２）受講者となった場合（受講決定通知が届いた方）、実務経験が満４年以上を有することの証明書を送付いたしますので、**令和８年１２月２３日まで**に提出できること
３）各回の 2 日間の全日程参加できること（途中参加、欠席の場合、受講証明書は発行できません。また、第１回の１日目に参加し、第２回２日目を参加するなど、各回を重複しての参加はできません）

6. 受講費

２，５００ 円
（受講決定者については期日までに指定口座に振り込みをお願いします。振り込み手数料は、参加者負担となります。）

7. 申し込み方法

茨城県理学療法士会 HP より臨床実習指導者講習会参加申し込み用紙をダウンロードし、FAX にて申し込みをお願いいたします(FAX 番号 029-353-8475)。**なお、申込書は楷書で記載をお願いします。**
お申し込みは、施設ごとにまとめてお申し込みをお願いいたします。**なお、施設ごとの申し込み人数の上限はございませんが、申し込み時点で、当日参加が可能な方のみ申し込みをお願いします。これまで、申込者のうち受講決定通知後に、受講辞退が多く発生しています。できる限り、多くの方の申し込みをお受けしたいと思いますので、受講決定した場合、受講が可能な方のみの申し込みをお願いします。**

8. 申し込み締め切り

令和８年１１月２５日(水) 正午必着

9. 受講者の決定

本申込みのみでは、受講は決定しておりません。受講対象となった方には、**令和８年１２月月中旬まで**に、申込み用紙に記載のあった**「申込代表者宛」**にメールにて連絡いたします。
受講者名簿を事前に厚生労働省へ提出するため、受講決定後、受講決定者が辞退した場合、参加の権利を他の方に譲ることはできませんので、ご注意ください。

10. その他

受講決定可否のご連絡は、申込代表者宛のみに通知いたします。申込者個人ごとのへの受講決定通知は行いません。１２月末を過ぎても「申込代表者宛」に、受講決定可否の通知がない場合は、お手数ですが、下記の問い合わせ（茨城県理学療法士会事務局）にご連絡をお願いします。

受講者決定後、受講決定者から参加辞退などがあった場合、追加募集は行いません。
参加辞退があり定員に満たない場合は、本連絡協議会に所属する養成校（アール医療専門職大学、茨城県立医療大学、筑波技術大学、つくば国際大学、水戸メディカルカレッジ）からの推薦者が受講となりますので、ご了承ください。

本講習会は、すべて対面での研修を実施しています。オンラインでの実施は行いませんので、必ず受講可能となった場合、両日とも会場（茨城県立医療大学）までお越しいただくことが可能な方の申し込みをお願いします。

11. 問い合わせ先

公益社団法人茨城県理学療法士会事務局 河野（担当；松田）
TEL；029-353-8474 FAX；029-353-8475
E-mail；toiawase@pt-ibaraki.jp

以上