

B:リンパ浮腫治療・座学実技コース スケジュール

※2次募集のスケジュールは以下のとおりです

平成30年9月26日現在

平成30年10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水
	申込受付期間 平成30年10月1日～10月20日(郵送消印有効)														受講可否のお知らせ 平成30年10月15日～10月23日(郵送)																
	受講料振込 平成30年10月23日～10月2日														必要書類の提出 平成30年10月23日～11月5日(郵送消印有効)																
平成30年11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	
	受講料振込 平成30年10月23日～10月2日														必要書類の提出 平成30年10月23日～11月5日(郵送消印有効)																
	手続き完了のお知らせ(郵送、もしくはメール)														講習会スタート																
平成30年12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月
平成31年1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
平成31年2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
平成31年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日

- ...講習会開催予定日
- ...クリニック研修開催予定日

※ 上記のほかクリニック研修1日、ホームワークがございます。(原則平成30年12月4日～平成31年3月5日の間の火、水曜日開催予定)
 ※ 講師や会場の都合で日程日時が変更となる場合がございます。

【講習内容】		※下記のスケジュールには休憩時間も含まれます		
平成30年11月17日(土)	9:30～18:30	リンパ浮腫治療実技理論 多層包帯法①	座学 33時間 実技 61時間	
12月1日(土)	9:30～17:30	リンパ浮腫治療座学①		
12月2日(日)	9:30～18:30	リンパ浮腫治療座学②		
12月15日(土)	9:30～17:30	多層包帯法②		
12月16日(日)	9:30～18:30	多層包帯法③		
平成31年1月12日(土)	9:30～17:30	弾性着衣		
1月13日(日)	9:30～18:30	用手的リンパドレナージ①		
2月2日(土)	9:30～17:30	リンパ浮腫治療座学③		
2月3日(日)	9:30～18:30	リンパ浮腫治療座学④		
2月23日(土)	9:30～17:30	用手的リンパドレナージ②		
2月24日(日)	9:30～18:30	症例別治療方法		
3月9日(土)	9:30～17:30	症例検討		
3月10日(日)	9:30～18:30	修了試験		
クリニック研修 (12/4.11.12.18.25.26 1/8.9.15.22.23.29 2/5.12.13.19.26.27 3/5に開催予定)				6時間
試験内容 : 筆記試験(選択問題、記述問題)、実技試験、口頭試問				

【遅刻・欠席について】
 遅刻・欠席をされた場合、同一内容となる振替講習の予定は原則ございません。時間に余裕をもってご参加ください。公共交通機関の遅れによる場合は遅延証明書の提出が必要になります。15分以上の遅刻は欠席となります。(座学の講座をやむを得ず欠席された場合、別日に講習内容をVTRでフォローいたします。)

【配布資料、用具】
 リンパ浮腫用パンテーゼット、テキスト

【各自で準備いただくもの】
 筆記用具
 <実技講習の場合>
 パンテーゼットを入れる袋
 バスタオル
 実技を行いやすい服装(腕や脚の素肌が出やすいデザインで伸縮性がありやわらかい素材のもの)
 <クリニック研修の場合>
 白衣や術衣など
 ※上記の詳細につきましては講習初日にご説明いたします。

【参考図書】
 講習会ではオリジナルのテキストを配布いたしますが、そのほか以下の書籍を参考文献として紹介いたします。

①データとケースレポートから見た圧迫療法の基礎と臨床 定価3,800円+税
 平井正文 著 発行所:株式会社メディカルレビューン

②病棟・外来から始めるリンパ浮腫予防指導 定価2,700円+税
 編著:増島麻里子 発行所:株式会社医学書院

③リンパ浮腫マネジメント 定価7,200円+税
 ヨアヒム・E・ツッター/スティーブ・ノートン 著 発行所:ガイアブックス



【修了試験、修了書発行について】
 修了試験の受験は出席単位数が67時間以上の者を対象といたします。
 修了試験は講習会の最終日に行います。試験内容は筆記試験(90分/選択問題・記述式問題)、実技、口頭試問です。
 試験に合格した方には「修了書」を発行いたします。

【クリニック研修について】
 クリニック研修は平成30年12月4日～平成31年3月5日の期間中(主に月曜日午後10:30～17:30)で受け付けます。
 お仕事の都合などを調整いただき、上記の期間中で6時間受講いただけます。
 クリニック研修の期間はクリニックの都合により、変更がある場合がございます。
 クリニック研修の受付、研修日の決定は初日に希望を確認し、決定、通知を行います。
 遠方からのご参加の方でクリニック研修の日程調整が難しい方はご相談ください。

B：リンパ浮腫治療・座学実技コース 平成30年11月17日～平成31年3月10日開催
申込手順

本講習は厚生労働省の定める座学33時間および実技67時間以上、合計100時間以上を設定したコースです。
申込みの手順は以下のとおりとなります。

【1】申込受付期間について

下記の指定された期間以内に、必要書類を事務局へご郵送ください。

新リンパ浮腫研修修了者向け 2次募集受付期間 平成30年10月1日 ～ 平成30年10月20日必着

- ・申込み受付期間内に書類の不備なくご郵送願います。期日を過ぎての書類到着は無効となります。
- ・申込み用紙は郵送のみで受付をいたします。電話、FAX、電子メールによる受付はいたしません。
- ・受付期間中であっても定員(24名程度)をオーバーした時点で受付を終了することがございます。
(定員数は同時開催されるA：リンパ浮腫治療・実技コースと合わせた数でカウントします。)

【2】必要書類

1. 受講申込用紙(別紙)

【3】送付先

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-6-8-2F ベテル南新宿診療所内 リンパ浮腫治療講習会受付係

【4】受講料

一般	呉竹学園関係者
432,000円/税込(400,000円/税抜)	324,000円/税込(300,000円/税抜)

- ・上記の金額には実習および教材費が含まれております。
- ・受講料の払込方法については受講決定通知の送付の際、お知らせいたします。
- ・受講決定通知の送付には数日お時間をいただきます。

【5】受講決定のお知らせ

- ・受講可否決定のお知らせは郵送でお知らせいたします。電話等でのお問い合わせにはお応えできません。
- ・受講希望者多数の場合は書類選考の上、決定いたします。
- ・受講のお知らせと合わせて受講手続きの書類をお送りいたします。提出いただく書類がありますのでそろえて期日までに送付ください。

【6】受講対象

本講習は次の有資格者を対象とします。

平成30年10月時点で日本国における以下の医療資格免許を取得している者
医師 ・ 正看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ あん摩マッサージ指圧師 ・ 柔道整復師

- ・リンパ浮腫療法士についての詳細は一般社団法人 リンパ浮腫療法士認定機構のホームページ<http://www.jc1t.jp/>をご確認ください。

【7】キャンセルについて

受講可否決定後、受講料をお振込みいただいた後にキャンセルをされる場合は以下のようになります。

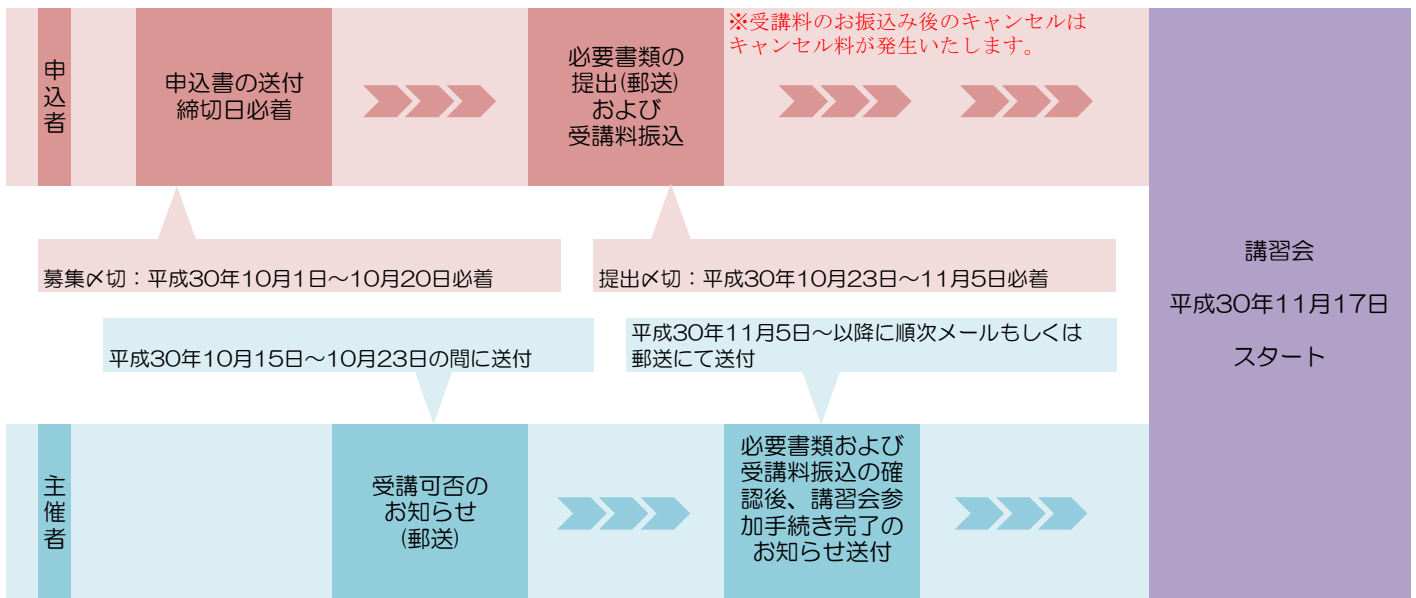
キャンセル料率	20%	50%	100%
期日	～講習会開始40日前まで	講習会開始39日前 ～講習会開始前日まで	講習会開始初日以降

- ・キャンセルの連絡は必ず電話にて直接スタッフにお伝えください。手紙、FAX、メール、留守番電話などでの受付は致しません。
連絡先：ベテル南新宿診療所 リンパ浮腫治療講習会係 TEL：03-5333-8482
ベテル南新宿診療所の受付時間は平日14:30～18:00となっております。また土、日、祝日の受付はおこなっておりません。
- ・後日キャンセルのための手続き用紙をお送りいたします。返金先の情報などを記入、返送いただき、手続きを行います。
- ・返金は指定いただいた金融機関への振込みにて行います。現金での返金は原則行いません。
その際、期日の日程にあわせたキャンセル料と振込手数料を差し引いた金額を返金いたします。

【8】その他注意事項

- ・講習会での内容を許可無く撮影・録画・録音することは禁止です。
- ・講習会及び研修中に著しい妨害とみなされる行為をされる方には状況により退室・関係各所への連絡等の措置をとります。
- ・講習会の受講権利をほかの人に譲渡することは原則できません。

【9】お申し込みから講習開始までの流れ



上記のスケジュールに沿って主催者側からのお知らせが届かないなどございましたら下記までご連絡ください。
ベテル南新宿診療所 03-5333-8482 担当ヨシダ

その他ご不明な点がございましたら、こちらのアドレスまでご連絡ください。 lt_info@bethel-shinryosho.jp
後ほど折り返しご連絡いたします。 リンパ浮腫治療講習会担当 ハマナカ・ヨシダ

B:リンパ浮腫治療・座学実技コース(平成30年11月17日～)

受講申込書

ふりがな				生年月日	性別
氏名					男・女
住所					
連絡先 ※電話番号は 固定、携帯の いずれかを 必ずご記入 ください。	固定 電話			携帯 電話	
	PC e-mail				
	携帯 e-mail				
現在有する 医療資格	医師・正看護師・理学療法士・作業療法士・あん摩マッサージ指圧師				
上記資格取得の 卒業校名				資格取得 年月日	
ふりがな					
勤務先					
勤務先 住所					
所属				役職	
リンパ浮腫治療 経験の有無	有・無	リンパ浮腫治療 経験の件数	※延べ数ではなく、治療の件数をご記入ください。		
リンパ浮腫治療 見学の有無	有・無	リンパ浮腫治療 見学の件数	※延べ数ではなく、治療の件数をご記入ください。		
学歴(高校卒業以降を記入)			職歴		

リンパ浮腫療法士を志望する理由について記入してください。
※志望理由の作成は手書きでもパソコンでの作成でも構いません。
※パソコンでの作成の場合はA4用紙にフォントは11前後の大きさに作成してください。
※パソコンでの作成の場合も本用紙下部の質問にお答えいただき、他の書類と一緒に送り下さい。

氏名

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

本講習会を知ったきっかけを教えてください。

ホームページ 新リンパ浮腫研修 チラシ ナック商会株式会社 呉竹学園関係 のお知らせ
紹介 ()

本講習会以外で今後当校で行われる講習会、学会などのお知らせを希望されますか？

希望する 希望しない

提出いただいた申込書にある個人情報には上記で希望される場合を除き、本講習に関するお知らせ以外には
使用いたしません。

B:リンパ浮腫治療・座学実技コース(平成30年11月17日～)

記入例

受講申込書

ふりがな	くれたけ はなこ		生年月日	性別
氏名	呉竹 花子		昭和〇〇年〇月〇日	男 <input checked="" type="radio"/> 女
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都渋谷区代々木〇-〇〇-〇〇 △△マンション□□号室			
連絡先 ※電話番号は 固定、携帯の いずれかを 必ずご記入 ください。	固定 電話	03-1234-5678	携帯 電話	090-1234-5678
	PC e-mail	〇〇〇〇@△△△.△△.jp		
	携帯 e-mail	□□□□@〇〇〇.〇〇.jp		
現在有する 医療資格	医師・ <input checked="" type="radio"/> 正看護師・理学療法士・作業療法士・ <input checked="" type="radio"/> あん摩マッサージ指圧師			
上記資格取得の 卒業校名	東京医療専門学校 本科		資格取得 年月日	平成〇年〇月
ふりがな	〇〇クリニック			
勤務先	〇〇クリニック			
勤務先 住所	東京都渋谷区〇〇〇 △-△-△			
所属	理学療法室		役職	なし
リンパ浮腫治療 経験の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	リンパ浮腫治療 経験の件数	※延べ数ではなく、治療の件数をご記入ください。 0件	
リンパ浮腫治療 見学の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	リンパ浮腫治療 見学の件数	※延べ数ではなく、治療の件数をご記入ください。 5件	
学歴(高校卒業以降を記入)		職歴		
昭和〇年東京都立〇〇高等学校普通科卒業 平成〇年〇〇大学 看護学部卒業 平成〇年東京医療専門学校本科卒業 以上		平成〇年 〇〇〇治療院入社 平成〇年 〇〇〇治療院退社 平成〇年 〇〇クリニック入社 今に至る 以上		

リンパ浮腫療法士を志望する理由について記入してください。
※志望理由の作成は手書きでもパソコンでの作成でも構いません。
※パソコンでの作成の場合はA4用紙にフォントは11前後の大きさに作成してください。
※パソコンでの作成の場合も本用紙下部の質問にお答えいただき、他の書類と一緒に送り下さい。

氏名

呉竹 花子

本講習会を知ったきっかけを教えてください。

ホームページ 新リンパ浮腫研修 チラシ ナック商会株式会社 呉竹学園関係 のお知らせ
紹介（ ）

本講習会以外で今後当校で行われる講習会、学会などのお知らせを希望されますか？

希望する 希望しない

提出いただいた申込書にある個人情報は上記で希望される場合を除き、本講習に関するお知らせ以外には使用いたしません。