

事務連絡

作業療法士学校養成施設  
作業療法学科教員 様

一般社団法人 日本作業療法士協会  
事務局  
教育部

日本作業療法士協会「生涯教育制度」  
臨床実習に関わるポイントの取り扱いについて

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より当協会の活動につきまして格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成 16 年度より「生涯教育制度：基礎研修自由選択」のポイントの対象として、臨床実習指導に対して臨床実習指導者にポイントシールを配布しております。

つきましては、ポイントシールの管理の観点から、確実にお手元に届けられるように別紙内容にて行いたいと思っておりますのでご協力下さいますようお願いいたします。

また、臨床実習指導は、「後輩育成の指導経験」として「認定作業療法士の更新要件」に該当するものです。「認定作業療法士の更新要件」は、要件を満たすことを証明する書類が必要となります。シールと共に実習指導の公文書など（実習指導者の氏名、実習指導の期間、発行した学校養成施設の公印を含むもの：期間が記された実習生配置一覧など）を、実習指導者に発行いただきますようお願い申し上げます。

なお、ポイントシールは不正を防止するために年度ごとに色を変えることになっております。昨年度に配布しましたシールは新年度には使用できませんので、至急返却書とともに協会事務局までご返送下さい。

今後とも「生涯教育制度」の運用に関わる事項について、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

敬具

「生涯教育制度：基礎研修自由選択」  
臨床実習指導ポイントシールの請求について

1. ポイントシールの請求

年度始めに、該当年度の臨床実習計画に基づいて「ポイントシール」を事務局に書面にて請求する。

- ①当該年度のポイントシール必要枚数を算出し、申請書（様式1）に必要事項を記入する
- ②申請書を4月末日（必着）までに事務局宛に郵送する  
新設校の場合は6月末日（必着）までに事務局宛に郵送する
- ③確実にお手元に届けるために事務局からは受取証明がとれる宅配便で返送する

尚、年度中にシール不足による2回目の請求の場合には、理由を明記し、送料350円分の切手を同封の上、2月末日必着にてご送付下さい。

2. シールの返却

当該年度3月末日までのポイントシール配布について集計し、残部を事務局に返送する最終的に配布したポイントシールを確認し、返却書（様式2）に必要事項を記入し、残部と共に事務局に返送する（4月末日必着）

ポイントシールの配布および取り扱いについては、協会・士会と同様に会員への公平性を考慮して厳格な運用に努めております。また、臨床実習受け入れの推進と会員への便宜を図るため、作業療法士養成施設にもご協力を頂いております。主旨をご理解の上、今後ともご協力下さいますようお願い申し上げます。

※ ポイントシールはメインで行った方1名のみ配布願います。複数人で分割することはできません。

※ 事務局からのシールの発送は3月15日より随時行っていく予定です。申請後3週間以上経ってもお手元に届かない場合は事務局までご連絡をお願いします。

様式 1

〇〇年〇〇月〇〇日

一般社団法人日本作業療法士協会  
会 長 様

学校養成施設名  
担当者氏名・会員番号  
(担当者捺印)

「ポイントシール」申請書

〇年度の臨床実習指導に関わる「ポイントシール」を以下のように請求します。

<内訳>

期 間	学生数	ポイント数	合計
〇〇実習 〇年〇月〇日～〇月〇日	〇名	× 2 ポイント	小計
〇〇実習 〇年〇月〇日～〇月〇日	〇名	× 4 ポイント	小計
ポイントシール合計 (必要枚数)			合計数

- 注1. 本年度の 2 週間以上 6 週未満の臨床実習 : 2 ポイント
- 注2. 本年度の 6 週以上の臨床実習 : 4 ポイント
- 注3. 内訳として配置一覧表が代用できます
- 注4. 年度は 4 月 1 日～3 月 31 日となります。

様式 2

〇〇年〇〇月〇〇日

一般社団法人日本作業療法士協会  
会 長 様

学校養成施設名  
担当者氏名・会員番号  
(担当者捺印)

「ポイントシール」返却書

〇 〇年度の臨床実習指導に関わる「ポイントシール」を以下のように返却します。

<内訳>

本年度〇月に請求したポイントシール数		
使用枚数		
学生数〇名	× 2 ポイント	小計
学生数〇名	× 4 ポイント	小計
ポイントシール合計 (必要枚数)	合計数	

注5. 本年度の 2 週間以上 6 週未満の臨床実習 : 2 ポイント

注6. 本年度の 6 週以上の臨床実習 : 4 ポイント

注7. 内訳として配置一覧表が代用できます