

2020年度

「回復期リハビリテーション病棟専従医師研修会
【アドバンスコース】」
WEB開催

オンライン申込方法：会員様用
受講費用 ¥30,000円

お申込は……

当学会の会員・非会員により方法が異なります。

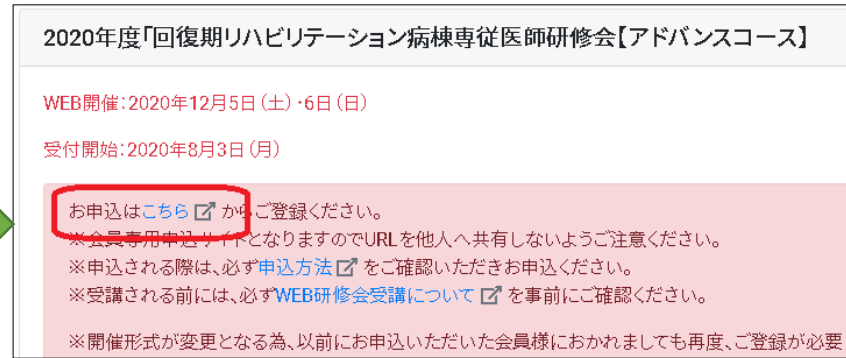
※当学会の会員とは（個人会員）の方の事です。



会員の方

<https://member-new.jarm.or.jp/mypage/>

上記URLより会員WEBシステムにログインしてください。



- 再発行されたパスワードは、登録されているメールアドレスに送信されます。
- セキュリティの都合上、電話によるパスワードの問い合わせには一切お答えできませんので、ご了承下さい。
- 再発行をしたいが、登録しているメールアドレスが使用できないという方は、郵送にて再発行いたします。(有料200円) パスワード再発行申請書

•会員情報に関するお問合せは…
office@jarm.or.jp までメールにてご連絡ください。

※研修会に関する問合せは下記へご連絡ください。
training@jarm.or.jp

開催形式が変更となる為、以前にお申し込みいただいた会員様におかれましても再度、ご登録が必要となります。

また、申込方法（添付書類）などに不備がありました場合にはご登録中のお申込は一度キャンセルさせていただき再度お申し込みいただく事となりますのでご注意ください。

お申込時には顔写真のある証明書の添付が必須となります。あとからメール添付等では受領できませんので、必ず申請時にご登録ください。
※確認後不鮮明等の場合はお申込は一度キャンセルさせていただき再度お申し込みいただく事となりますのでご注意ください。

※お顔とお名前が以外の個人情報など不要な箇所は隠すなどして添付してください。

- 本人確認書類としてご利用可能なもの
 - ◆免許証
 - ◆個人番号カード（マイナンバーカード）
 - ◆旅券（パスポート）
 - ◆外国人登録証明書（在留の資格が特別永住者のものに限りませ。）

•お電話でのお問合せは受付しておりません。必ずメールにてご連絡ください。

training@jarm.or.jp

数字は半角で入力してください。
受講者のお名前前で環境依存文字が含まれる場合には、システム上文字化けする可能性があります。常用漢字にてご入力ください。またその旨備考欄へ記載してください。

入力必須項目：*

【1】受講者情報登録

会員番号(入力必須)*

会員番号を半角6桁で入力して下さい。

(例：000001)

氏名(漢字)(入力必須)*

お名前に環境依存文字が含まれる場合は自動送信通知メールで文字化けしてしまいます。こちらへは常用漢字をご入力ください。修了証発行時に環境依存文字でご希望の場合はその旨備考欄へ記載してください。

姓： 名：

こちらにご入力いただいた氏名にて修了証を発行いたします。

氏名(フリガナ)(入力必須)*

姓： 名：

勤務先名称(入力必須)*

(例：公益社団法人 日本リハビリテーション病院)

勤務形態(受講者)(入力必須)*

- 常勤
- 非常勤

医師免許取得年(受講者)*

免許取得年を西暦で記入してください。

例：1980

主な標榜科(受講者)(入力必須)*

受講者の方が標榜されている科を入力してください。※病院団体の標榜科ではございません。

(例：リハビリテーション科)

日本リハビリテーション医学会資格について*

現在お持ちの資格がありましたら該当するものにチェックをお願いいたします。(保留中可)

- 資格なし
- 認定臨床医のみ
- リハビリテーション科専門医のみ
- 認定臨床医&リハビリテーション科専門医
- 認定臨床医(終身)&リハビリテーション科専門医
- 代理申請の為不明

資格をお持ちの場合は後日事務局にて単位を自動登録いたします。

必ず会員様用となっていることを確認してご登録ください
非会員でお申込された場合にはキャンセルとなります。

半角数字6桁で必ず入力してください。
半角とは…123456
全角とは…1 2 3 4 5 6

環境依存文字となる場合は文字化けしてしまいます
こちらへのご登録は常用漢字にてお願いします。
下記P6 の事前連絡事項へその旨記載いただくかメールにて
お知らせください。ご連絡がない場合はこちらへご登録の
漢字にて修了証発行となります。後日訂正等の場合は別途
再発行手数料をご請求させていただきます。

会員の方で当学会の資格をすでにお持ちの場合は
後日単位付与については、事務局にて登録させていただきます。

こちらへご登録いただいたご住所へ事前資料等を発送いたしますので
入力情報はお間違いのない様ご注意ください。

【2】送付先情報登録

書類送付先住所 ※こちらへ入力された送付先へ事前資料・テキストおよび後日修了証を発送しますので正しく入力してください。

郵便番号(入力必須) *

(例:123-4567)半角で(ハイフン)をいれて入力してください。

都道府県(入力必須) *

住所1(市町村・番地) *

千代田区内神田1-18-12

住所2(建物名・所属階等)

東誠ビル2階

ご勤務先名称

送付先が(勤務先)をご希望される場合は下記へ勤務先名称を記載してください。自宅の場合は入力は不要です。

(例:公益社団法人 日本リハビリテーション医学会)

ご勤務先所属部署

送付先が(勤務先)をご希望される場合は下記へ勤務先名称および所属部署を記載してください。

(例:リハビリテーション科)

【3】事前・開催当日連絡先について

電話番号は受講者に直通でお電話できる電話番号を登録してください。*携帯電話を推奨します
問合せ用TEL(入力必須)*

半角で入力してください。

 - -

WEBテストを実施する場合や、当日事務局から連絡が直接参加者にできる電話番号(携帯推奨)を入力してください。取次などではなく参加者へ直接つながる電話番号を入力してください。

通知用メールアドレス(入力必須)*

(例: info@dynacom.co.jp)

WEBテストを実施する場合や、当日事務局から連絡が直接参加者にできるメールアドレスを入力してください。
後日、開催前に受信テストとしてメール送信予定です。

受講日当日(2日間)受講者と直接ご連絡ができる番号をご登録ください。不具合等のご連絡以外に、注意事項など厳守いただけない場合には、お電話で通告させていただいた後にご退室いただく場合がございます。

受講日当日(2日間)終了テストの際に問題および回答いただくURLをお送りします。
受講者が当日確認できるアドレスをご登録ください。
尚、当日までにアドレスが間違っていないかの確認メールをさせていただきます。

【4】受講料お振込・その他について

受講料のお振込について(入力必須)*

- 受講者氏名(個人名)にて振込
- 受講者以外の名義にて振込

*受講者以外の名義にて振込をご選択された場合には、下記※1へお振込名義をカタカナで記載してください。

※1)受講者以外の名義にて振込

お振込名義をカタカナで入力してください。

例: シヤ)ニホカヒリテーシヨウイカウイ

事前連絡事項

お身体のご事情等、お名前等の注意事項またご連絡事項などがございましたら下記へ記載してください。

例)名前に環境依存文字を含みます。吉井の(吉)は下の棒が長い吉です。

開催前事前WEB開通テストについて

事前開通テストを希望しますか？*

開催までに事前の開通テストをお勧めいたします。

テストをせず、ネット環境の不具合などで当日受講ができない場合は、欠席扱いとなり修了証の発行ができませんので受講日前の環境テストをお勧めいたします。

- 希望する
- 希望しない

希望するをご選択いただいた場合は、下記希望曜日および時間帯の希望もご選択ください

テスト希望曜日および時間帯の希望

下記よりご都合のよろしいお時間があればご選択ください。後日、可能な曜日をメールにてご通知いたします。

- 月曜日 午前(7:30-11:00)
- 月曜日 午後(14:00-18:00)
- 火曜日 午前(7:30-11:00)
- 火曜日 午後(14:00-18:00)
- 水曜日 午前(7:30-11:00)
- 水曜日 午後(14:00-18:00)
- 木曜日 午前(7:30-11:00)
- 木曜日 午後(14:00-18:00)
- 金曜日 午前(7:30-11:00)
- 金曜日 午後(14:00-18:00)
- 土曜日もしくは日曜日

土曜日もしくは日曜日については対応できるかは未定ですがご希望がある場合はご選択ください。複数選択可能です

ご参加の際は参加者1名につきPCは一台（カメラ付き）が必要です。
有線でのご参加を推奨しますが、環境によってはWi-Fiでご参加される場合あるかと思しますので、
事前のテストをご希望の場合はこちら「希望する」をご選択ください。

希望するをご選択された場合には、テスト希望日についてもご希望があればご登録ください。※複数選択可能です。

こちらについては後日日程調整のメールをご登録いただいた通知用メールへお送りいたします。

【5】申込確認

下記項目すべてをご一読いただき、ご了承いただける場合には✓をいれて申込完了してください。(入力必須)

✓いただいた内容について後日トラブルとならないよう十分ご確認いただいた上でお申込ください。

【確認事項 1】*

通常会場開催と異なり、診療報酬に関わる研修会として厚生局指導によりご本人確認、毎時の受講確認について厳しく制限がございます。
受講当日については、原則講義時間に席を離れることはできません。毎時間、スタッフがご着席・お顔を確認させていただきます。
居眠りなども毎時確認し、チャット機能の携帯へスタッフよりご確認の連絡をさせていただきます。
数回のご注意にも関わらず、受講ルールをお守りいただけない場合は、WEB視聴roomより強制的に退場させていただきます場合がございます。
その場合は修了証の発行はいたしません。
 上記、案内および注意事項について確認した上で了承し、申込いたします。

【確認事項 2】*

受講について、有線インターネット・パソコンを使用お願いしております。
ご参加者様のご都合でWi-Fi等を使用され受講ができない等の事例が生じた場合には修了証の発行はできません。
※移動しながらのスマホ・タブレットでの受講は認めておりません。
 上記、案内および注意事項について確認した上で了承し、申込いたします。

【確認事項 3】*

後日、ご提出いただいた参加者本人確認書等に不備もしくは虚偽が確認できた場合には、修了証の発行をいたしません。また返金もいたしません。
 上記、案内および注意事項について確認した上で了承し、申込いたします。

【確認事項 4】*

開催日前にご希望の場合は、WEBテストを実施します。
尚、強制ではございませんが事前テストをせず当日回線トラブル等で受講できなかった場合は、修了証の発行ができない場合がございます。
 上記、案内および注意事項について確認した上で了承し、申込いたします。

【確認事項 5】*

当日の受講時間は必ずPC画面の上的スライド講義を正面を向いて受講してください。
設置型カメラをご使用の場合は、横からではなく必ず正面からお顔が見えるように設置してください。
テキストを事前送付しますが、そちらは補助的、メモ程度でご使用いただき必ずお顔が常に見える状態でご参加ください。
 上記、案内および注意事項について確認した上で了承し、申込いたします。

【確認事項 6】*

当研修会はzoom機能を使用して開催いたしますが、レコーディング機能は参加者へ付与いたしません。その他の機器を使用している録画やホームページ、ソーシャル・ネットワーキング・サービス(SNS)などに掲載し、他人へ公開することは、公衆送信権(無断でインターネット等に送信されない権利)を侵害することに当たり、法律により禁じられています。録画・録音は禁止と致します。配布された講義資料等(テキスト等印刷物の複製を含む)は、当研修会に関係なく複製することは法律により禁じられています。
後日、上記違反が確認された場合には、法的対応となる可能性がございますので、絶対に録画等されないようご注意ください。
 上記、案内および注意事項について確認した上で了承し、申込いたします。

こちらの確認事項はすべて必ずご一読いただき をいれてください

すべてにご了承いただけない場合はお申込ができません。
また、ご了承いただきましてお申込いただいた場合は必ず、注意事項は厳守のうえご参加をお願いいたします。

【6】添付必要書類

本人確認書類*

顔写真のある証明書の添付をお願いします。

お顔とお名前が見えればよいのでその他の不要な箇所は隠すなどして添付してください。

上記必須事項に一つでも入力もれがあり進みますとエラーとなり登録されたファイルは一旦削除されます。その場合は再度ファイルを添付してください。

選択されていません

本人確認書類としてご利用可能なもの

- ◆免許証
- ◆個人番号カード(マイナンバーカード)
- ◆旅券(パスポート)
- ◆外国人登録証明書(在留の資格が特別永住者のものに限りませ)

※いただいた個人情報よ、当医学会プライバシーポリシーに従い、会員申込や研修会の目的及び統計上のデータとしての利用以外には使用しません。

事務局使用:

こちらは記入しないでください ※事務局にて登録します

年 月 日

お顔が見える身分証明書のご登録が必要です。
下記のようにお名前とお顔の部分以外は不要な情報となります
ので隠してご提出いただいで構いません。

の情報は必要です



氏名

こちらの情報は
は不要です

〇〇〇 公安委員会

すべての項目の登録およびファイル添付が完了しましたら、確認ボタンを押します

必須項目で未入力がありますとエラーとなり、その場合は本人確認書類を再度アップしなければなりませんのでご注意ください。

オンライン申込が完了しますと、ご登録いただいたアドレスへ自動送信メールにて下記内容が送信されます。※迷惑メールフォルダへ振り分けられる場合がございますので届かない場合はそちらもご確認ください。

届いていない場合は、お調べしますので電話ではなくメールでお名前をお知らせください。

送信先 **training@jarm.or.jp**

【会員様】WEB開催：2020年度「回復期リハビリテー...

Subject: 【会員様】WEB開催：2020年度「回復期リハビリテーション病棟専従医師研修会 【アドバンスコース】」オンライン申込 参加申込受付通知 受付番号：RH89-3001

[Redacted]

[Redacted] 様

下記4桁の番号が受講番号となりますので必ずお控えください。

参加当日WEB受講画面に必要となります。

受付番号：RH89-3001 で登録を受け付けました。

このたびは、日本リハビリテーション医学会主催2020年度「回復期リハビリテーション病棟専従医師研修会【アドバンスコース】」にお申込みいただき、誠にありがとうございました。

正式参加申込は入金確認をもって完了となりますので、本メール受信後、お早目に下記口座までお振込下さい。入金確認後に、「正式申込完了」のメールを配信いたします。

+++++

金融機関名：ゆうちょ銀行
口座名称：公益社団法人日本リハビリテーション医学会
口座記号番号：00100-2-323303

上記赤枠の4桁の番号およびお名前フリガナ（カタカナ）で当日受講の際表記いただきます。