

各 位

一般社団法人
日本スイミングクラブ協会
会 長 三 宅 泉
指 導 力 向 上 委 員 会
委員長 北 本 勉

『整形外科的疾患予防改善のための水泳指導者研修会』
(水泳教師資格と当協会資格・健康運動指導士・健康運動実践指導者のための資格更新研修会)
開催のご案内

拝啓 時下ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。日頃は、当協会および当委員会にご支援とご協力を賜り、厚くお礼を申し上げます。

さて、「整形外科的疾患予防改善のための水泳指導者研修会（資格更新研修会）」を「メディカルアクアフィットネスインストラクター資格取得のための対象別講習会（整形外科的疾患予防改善メディカルアクアフィットネスインストラクター資格取得講習会）」と兼ねて別紙の内容にて開催をいたしますのでご案内を申し上げます。

新型コロナウイルスの感染を踏まえて、健康に対する意識がよりいっそう高まってきております。このような中で、整形外科的疾患（腰痛や膝関節痛）を水泳・水中運動で予防改善したいという人々が増えてきております。そして、専門的な知識と技能を有したプロの水泳指導者の指導を受けたいという要求がございます。

今回はその背景を踏まえまして、整形外科的疾患予防改善のための水泳・水中運動の知識と技能を学んでいただくために開催いたしますのがこの研修会でございます。

つきましては、整形外科的疾患予防改善の知識を吸収して現場の指導に役立てたい方、並びに資格更新を希望されている方にご参加いただきたく重ねてご案内を申し上げます。

敬具

1. 主 催：一般社団法人日本スイミングクラブ協会
2. 後 援：公益財団法人日本水泳連盟
3. 主 管：一般社団法人日本スイミングクラブ協会指導力向上委員会
4. 開 催 日：令和5年11月4日（土）・5日（日）
5. 会 場：1日目（4日）シュアステイプラスホテル 花かずら（会議室）
〒532-0011 大阪市淀川区西中島2-11-21 TEL：06(6886)3939
地下鉄御堂筋線「西中島南方」駅2番出口より徒歩3分、阪急京都線「南方」
駅より徒歩4分
2日目（5日）スペックスイミングクラブ
〒533-0004 大阪市東淀川区小松1-5-3 TEL：06(6326)5577
阪急京都線「上新庄駅」北口より徒歩3分
6. 受講対象者：①整形外科の疾患予防改善の水中運動の指導に興味のある水泳指導者
②水泳教師・水泳インストラクター・アクアフィットネスインストラクター・
水泳教員・アクアダンスインストラクター・メディカルアクアフィットネ
スインストラクター・健康運動指導士・健康運動実践指導者資格保持者で、
資格更新を希望される方
（※メディカルアクアフィットネスインストラクター資格<整形外科的疾患
予防改善>取得を希望される方は、別紙の資格取得講習会要項をご参照の
上、お申込み下さい。）
7. 講 師：一般社団法人日本スイミングクラブ協会認定講師
8. 参加諸費用：①1日のみ参加の場合：受講料8,800円
②2日間参加の場合：受講料16,500円
（また、今回の講習会範囲のテキストのコピーを購入希望の場合は1,100円
（税込み）にて販売いたします。受講料と一緒にご入金下さい。）
9. 定 員：40名
10. 申込み方法：別紙申込書に必要事項を記入の上、必要書類を添えて下記宛ご郵送と同時に、
参加諸費用を指定口座にお振込み下さい。
《必要書類》① 申込書 ② 参加費用の振込み受領書のコピー
③ 更新希望の資格証のコピー（更新希望者のみ）
11. 申込み先：〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町2丁目20番7号
水道橋西口会館5階 一般社団法人日本スイミングクラブ協会
12. 諸費用振込先：三菱UFJ銀行 江戸川橋支店 普通預金0376796
一般社団法人日本スイミングクラブ協会
13. 申込み締切り：令和4年10月27日（木）必着（但し、定員になり次第締め切ります。）
14. 申込みの確認：申込みと振込みの確認は、申込み締切日後に「受講案内」の郵送をもって
ご連絡を致します。
15. そ の 他：①1クラブ2名以上の申込の場合は、申込書をコピーしてお使い下さい。
②諸費用の領収証としては、振込銀行発行の振込受領書を当てて下さい。
③研修会1日目は、筆記用具をご用意下さい。2日目は、水着、水泳帽子、
ゴーグル、タオルをご用意下さい。
④この研修会は、水泳教師・水泳インストラクター・アクアフィットネスイン
ストラクター・水泳教員・アクアダンスインストラクター・メディカル
アクアフィットネスインストラクター・健康運動指導士（4日（土）参加の
場合は講義6単位、5日（日）参加の場合は実技6単位）・健康運動実践
指導者（4日（土）参加の場合は講義6単位、5日（日）参加の場合は実技6
単位）の更新研修会に認定をされています。希望者は、その旨を申込書に
記入下さい。
⑤お問合せは、一般社団法人日本スイミングクラブ協会事務局：丁子（Tel
03-3511-1552）、又は指導力向上委員会副委員長：目黒（Tel 059-365-0450）
迄、ご連絡下さい。

16. プログラム :

| 1日目(11月4日(土)) 会場: シュアステイプラスホテル 会議室 | | 2日目(11月5日(日)) 会場: スペックスイミングクラブ | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| 時 間 | 受 講 内 容 | 時 間 | 受 講 内 容 |
| 9:30~ 9:50 | 受 付 | 8:45~ 9:00 | 受 付 |
| 9:50~ 10:00 | 開 講 式 | 9:00~ 10:30 | <実技実習> 整形外科的疾患予防改善のためのアクアフィットネスの実技実習① |
| 10:00~ 12:00 | <講義> 整形外科的疾患予防改善のためのアクアフィットネスの適応と禁忌 | 10:30~ 12:00 | <指導実習> 整形外科的疾患予防改善のためのアクアフィットネスの指導実習① |
| 12:00~ 13:00 | 休 憩 | 12:00~ 13:00 | 休 憩 |
| 13:00~ 15:00 | <講義> 整形外科的疾患予防改善のためのアクアフィットネスの意義と効果 | 13:00~ 14:30 | <実技実習> 整形外科的疾患予防改善のためのアクアフィットネスの実技実習② |
| 15:00~ 17:00 | <講義> 整形外科的疾患予防改善のためのアクアフィットネスの指導手順と注意点 | 14:30~ 16:00 | <指導実習> 整形外科的疾患予防改善のためのアクアフィットネスの指導実習② |
| | | 16:00~ 16:10 | 閉 講 式 |

※講習の時間割や講義会場は、都合により変更となる場合がございますので予めご了承下さい。

| | |
|------|--|
| 受講番号 | |
|------|--|

整形外科的疾患予防改善のための水泳指導者研修会（資格更新研修会）申込書
（2023年11月4日・5日）

1. 4日・5日両日参加 2. 4日のみ参加 3. 5日のみ参加
（※希望する参加日に○印を付けて下さい。）

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|----|---|--------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏名 | | 年齢 | 歳 | 指導者登録番号(SC協) | | | | | | | | |
| クラブ名 | | | | 更新研修会証明書の発行 | 希望する・希望しない | | | | | | | |
| 水泳指導年数 | 年 | | | 水中運動指導年数 | 年 | | | | | | | |
| 申込確認書の 郵送先住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| | TEL () | | | | | | | | | | | |

教本のコピー（1,100円）を（希望する・希望しない）
※指導者登録番号は、一般社団法人日本スイミングクラブ協会の指導者登録者のみ記入して下さい。

更新研修会受講修了証明書（又は登録単位認定証明書）の発行を希望される方は、下記の事項についてご記入下さい。
（※記入事項は、正確に記入して下さい。なお未記入事項がある場合は、証明書の発行ができませんのでご注意下さい。）

| | | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|----------------|
| あなたの 生年月日 | 西暦 年 月 日生まれ | | | |
| 資格名 （※取得している 資格に○印を付 けて必要事項を 記入下さい。） | <ul style="list-style-type: none"> ・水泳教師 ・水泳（ 級）インストラクター ・アクアフィットネス（ 級）インストラクター ・水泳教員 ・アクアダンスインストラクター ・メディカルアクアフィットネスインストラクター ・健康運動指導士 ・健康運動実践指導者 | | | |
| 資格番号と 有効期限 | 水泳教師 | 水泳（ 級） インストラクター | アクアフィットネス （ 級） インストラクター | 水泳教員 |
| | NO: | NO: | NO: | NO: |
| | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 |
| | アクアダンス インストラクター | メディカル アクアフィットネス インストラクター | 健康運動指導士 | 健康運動実践指導者 |
| | NO: | NO: | NO: | NO: |
| | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 |

☆受講料等の振込領収書のコピーを必ず添付して下さい。