

理学療法部門責任者様

2024年6月吉日

(公社)新潟県理学療法士会 会長

佐藤 成登志

公益事業部 部長 柳 保

高校生施設見学事業担当 三膳 宏樹

(公社)新潟県理学療法士会 高校生施設見学に関するアンケートご協力をお願い

日頃より(公社)新潟県理学療法士会の活動にご理解・ご協力いただきありがとうございます。

さて、例年実施しております「高校生理学療法職場体験事業」についてですが、昨年同様県内各施設での職場見学の受け入れに関する状況を調査し、結果について県士会HP上で公開することといたしました。当事業については県内高校の関心も高いようで、既に実施についていくつかの高校からお問い合わせを頂いております。しかしながら当部会の調査結果から10代・20代の若年層で理学療法士の認知度が低いことも分かっており、取り組むべき課題ともなっております。つきましては、将来理学療法士を目指す学生に可能な範囲で理学療法の紹介等ご対応いただければと思います。内容については理学療法士の紹介と仕事の様子を見学を1時間程度でお話いただければと思いますが、詳細については各施設にお任せいたします。

アンケート結果は県士会HPで公開いたします。この結果を受け、個人・または学校から問い合わせや受け入れ要請があった場合はご対応をお願いします。各施設にはご負担をおかけいたしますが、主旨をご理解いただき、上記ご了承いただいた上で受け入れが可能な場合、

6月21日(金)までにご回答ならびにご協力をお願いいたします。

※アンケート回答方法については以下の方法のいずれかよりお願いします。

① 右のQRコードもしくは下記URLからアンケートフォームで回答

<https://forms.gle/fwU9isKcKnigcoGA7>

② 県士会HP内のURLリンクからアンケートフォームで回答

③ 別紙のアンケート内容を以下のメールアドレスへ返信

(件名を「高校生見学アンケート」としてください)

koeki.nipta@gmail.com

ご協力をお願いいたします。

また、見学受入の際、ご希望の施設には県士会作製の理学療法士の紹介リーフレットをお送りします。必要部数をお知らせください。

連絡先メールアドレス：koeki.nipta@gmail.com



(公社)新潟県理学療法士会 高校生職場見学に関するアンケート
※受け入れ可能な場合、以下のアンケートにお答えいただきご回答ください

○施設名： _____

○所在地： _____

○連絡先（問い合わせ先）

・ 部署名： _____

・ 担当者： _____

・ 電話番号： _____

(メールアドレス： _____)

○受け入れ可能な期間（当てはまるものに○または記述をお願いします）

・ 常時 ・ 次の期間（ 月 日～ 月 日） ・ 要相談

・ その他

(_____)

○見学受け入れに関する条件

・ 特になし

・ その他 「1回〇〇名程度、××名まで」「県内在住」 等

(_____)

○PT 以外の見学受け入れについて

・ 不可 ・ OT 可 ・ ST 可 ・ 要相談

○その他ご意見等ございましたらお願いします

(_____)

ご協力ありがとうございました。

6月21日までにご回答ください。結果は県士会ホームページで公開いたします。