

厚生労働省 高齢者権利擁護等推進事業「看護指導者養成研修」
2020年度 介護施設等における看護指導者養成研修申込用紙

○郵送またはファクシミリでご返送ください。 **申込期限は2020年8月31日(月)必着**です。

日本看護協会 神戸研修センター 行 FAX:078-230-3256

※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、定員を60名に減らして開催します。
応募のあった都道府県から最低1名は受講を決定します。
複数名の応募がある場合は、優先順位をつけてください。(用紙はコピーして使用してください)

■都道府県主管部局記入欄		本研修の受講は、各都道府県主管部局(高齢保健福祉担当)による推薦が必要です。推薦者がいない場合も、「都道府県主管部局記入欄」に記入の上ご返送ください。	
都道府県名:			
主管部局名		ご担当者名	
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
今年度の看護実務者研修の開催	1. 有 2. 無	「1. 有」の場合 開催委託の有無	1. 有 (委託先:) 2. 無
昨年度の看護実務者研修の開催	1. 有 2. 無	「1. 有」の場合「看護指導者研修」修了者の活用の有無	1. 有 (研修の企画・講師・演習支援・他()) 2. 無
今年度の本研修への受講者推薦	1. 有 2. 無	「1. 有」の場合: 下記【記入例】を参考に申込期限までにお申込みください 「2. 無」の場合: 以下を空欄のまま、郵送またはファクシミリでご返送ください	
受講に係る経費負担について	参加費公費負担	1. 有 2. 無	
	旅費公費負担	1. 有 2. 無	

優先 順位	フリガナ	年齢	性別	職種	
	氏名	歳	1. 男 2. 女	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 (准看護師は対象外)	
	会員状況	都道府県名		会員: 入会している都道府県 手続中: 入会手続中の都道府県 非会員: 所属先・自宅のある都道府県	
	フリガナ	看護師実務経験	介護施設実務経験	受講費用	
	所属施設名	年	年	1. 所属施設の公費負担 2. 全て受講者負担 3. その他()	
	施設住所	〒		TEL FAX	
	施設類型	1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. その他()			
	相当する職位等	1. 施設長 2. 副施設長 3. 部長(部門長) 4. 師長(ユニット長) 5. 主任 6. スタッフ 7. その他()			
	緊急連絡先	※開催直前の災害による開催中止連絡等に使用します。 1. 所属施設 2. その他 (TEL:) ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください			
	(略さず正式名称をご記入ください)				

本研修申込書は、下記の「個人情報の取り扱い」に同意したものと、管理いたします。

＜個人情報の取り扱い＞

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認 ②本会の研修に関する連絡・情報提供等 ③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集 ④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアパス」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制構築との連携(①～④の具体例: 研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用)

※研修会場は「神戸会場」(兵庫県神戸市灘区脇浜海岸通1-5-1 IHDビル4F 公益社団法人日本看護協会 神戸研修センター)のみです。

●申込み・問合せ先: 日本看護協会 神戸研修センター総務管理部
〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1-4F TEL:078-230-3250 FAX:078-230-3256

厚生労働省 高齢者権利擁護等推進事業「看護指導者養成研修」
2020年度 介護施設等における看護指導者養成研修申込用紙

○郵送またはファクシミリでご返送ください。 **申込期限は2020年8月31日(月)必着**です。

日本看護協会 神戸研修センター 行 FAX:078-230-3256

※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、定員を60名に減らして開催します。
応募のあった都道府県から最低1名は受講を決定します。
複数名の応募がある場合は、優先順位をつけてください。(用紙はコピーして使用してください)

■都道府県主管部局記入欄		本研修の受講は、各都道府県主管部局(高齢保健福祉担当)による推薦が必要です。推薦者がいない場合も、「都道府県主管部局記入欄」に記入の上ご返送ください。	
都道府県名: ○○県			
主管部局名	高齢者保健福祉部	ご担当者名	兵庫 県次
住所	〒333-4445 兵庫県神戸市北区四ノ宮5-6-7		
電話番号	012-345-6789	FAX番号	012-345-6780
今年度の看護実務者研修の開催	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「1.有」の場合開催委託の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 (委託先: ●●看護協会) <input type="radio"/> 無
昨年度の看護実務者研修の開催	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「1.有」の場合「看護指導者研修」修了者の活用の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 (研修の企画・講師・演習支援・他()) <input type="radio"/> 無
今年度の本研修への受講者推薦	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「1.有」の場合: 下記【記入例】を参考に申込期限までにお申込みください 「2.無」の場合: 以下を空欄のまま、郵送またはファクシミリでご返送ください	
受講に係る経費負担について	参加費公費負担	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	旅費公費負担	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	

優先 順位	フリガナ	ヌノビキ ハナコ		年齢	性別	職種	
	氏名	布引 花子		45 歳	1. 男 ②女	1. 保健師 2. 助産師 ③看護師 (准看護師は対象外)	
	会員状況	①会員 2. 入会手続中 3. 非会員 日本看護協会会員NO. 09987654 会 員 歴 23 年		都道府県名	④会 員: 入会している都道府県 手続中: 入会手続中の都道府県 非会員: 所属先・自宅のある都道府県		
	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム シンコウベエン		看護師実務経験	介護施設実務経験	受講費用	
	所属施設名	(略さず正式名称をご記入ください) 特別養護老人ホーム新神戸苑		23 年	10 年	① 所属施設の公費負担 2. 全て受講者負担 3. その他()	
	施設住所	〒650-6666 兵庫県新神戸市熊外町3-3-3		TEL 078-333-4444 FAX 078-333-4445			
	施設類型	1. 介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. その他()					
	相当する職位等	1. 施設長 2. 副施設長 3. 部長(部門長) ④師長(ユニット長) 5. 主任 6. スタッフ 7. その他()					
	緊急連絡先	※開催直前の災害による開催中止連絡等に使用します。 ①所属施設 2. その他 (TEL:) ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください					

本研修申込書は、下記の個人情報の取り扱いに同意したものととして、管理いたします。
＜個人情報の取り扱い＞
本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認 ②本会の研修に関する連絡・情報提供等 ③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集 ④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアパス」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制構築との連携(①～④の具体例: 研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用)

※研修会場は「神戸会場」(兵庫県神戸市灘区脇浜海岸通1-5-1 IHDビル4F 公益社団法人日本看護協会 神戸研修センター)のみです。

●申込み・問合せ先: 日本看護協会 神戸研修センター総務管理部
〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1-4F TEL:078-230-3250 FAX:078-230-3256