|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記入例** | 厚生労働省「高齢者権利擁護等推進事業」  別紙５  20２４年度「介護施設等における看護指導者養成研修」申込用紙 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●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。個人申込は受付けておりません。  ●被推薦者が複数の場合は、都道府県主管部局（高齢保健福祉担当）により推薦順位をつけてください。申込用紙は、コピーしてご使用ください。  ●都道府県主管部局（高齢保健福祉担当）による**被**推薦者がいない場合も「都道府県主管部局記入欄」を記入の上、  ご返送ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■**都道府県主管部局記入欄【必須記入】**　※必要事項を記入もしくは☑を入れてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都道府県名 | | | | **兵戸県** | | | | | フリガナ | | **ヒョウゴ　ケンジ** | | | | | |
| 担当者名 | | **兵庫　県次** | | | | | |
| 主幹部局名 | | | | **高齢保健福祉課** | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒 **012 ― 3456**  **兵戸県神庫市北区四ノ宮7-8-9** | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | **012 ― 345 ― 6789**  **以下の記入例をご確認の上、2ページ目の申込用紙に必要事項を入力し、Wordデータをお送りください。** | | | | | | | | | | | | |
| 看護実務者研修 | | 2023年度  開催 | | | ☑有 | **➡** 本研修修了者の活用の有無  ☑有（役割： ☐研修企画 　☐講師 　☑演習支援者　） ☐無 | | | | | | | | | | |
| ☐無 |
| 2024年度  開催 | | | ☑有 | **➡** 開催委託の有無  ☑有（委託先：　**兵戸県看護協会**　　　　　　　　　　　　　 ）　☐無 | | | | | | | | | | |
| ☐無 |
| 本研修への推薦 | | | | | ☑有 | **➡** | 以下を全て記入後、お申込みください。 | | | | | | | | | |
| ☐無 | **➡** | 以下を空欄のまま、ご返送ください。 | | | | | | | | | |
| 被推薦者の  受講料負担（請求先） | | | | | ☑都道府県　　☐都道府県看護協会　　☐推薦者個人または所属施設  ☐その他（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 推薦者の「看護実務者研修」への活用予定 | | | | | | | | ☑有 ☐無 | | | | | | | | |
| ☐ 被推薦者の個人情報について下記＜個人情報取り扱い＞に本人から同意を得た上で、本研修に申し込みます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■被**推薦者　［推薦順位：　１　　位　］**※必要事項を記入もしくは☑を入れてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | **コウベ　ハナコ** | | | | | | | | 年齢 | **45**　　歳（申込時点） | | | | |
| 氏名 | | | **神戸　花子** | | | | | | | | 職種 | ☐保健師　　 ☐助産師  ☑看護師（准看護師は対象外） | | | | |
| 会員状況 | | | ☑会員　　☐入会手続中　　☐非会員 | | | | | | | 都道府県名 | | | | **兵戸県** | | |
| 日本看護協会会員ＮＯ  **123456** | | | | | | | 会員：入会している都道府県  手続き中：入会手続き中の都道府県  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ゴエン** | | | | | | | | | | 看護師実務経験 | | 介護保険施設実務経験 | |
| 所属施設名 | | | **特別養護老人ホーム新神庫苑** | | | | | | | | | | **23**　　年 | | **10**　年 | |
| 「看護実務者研修」受講歴 | | | ☑有　 □無 |
| 所属施設住所・電話番号 | | | 〒 **123** ― **4567**  **兵戸県新神庫市熊外町8-8-8**  電話番号　　**123**　―　**456**　―　**7890** | | | | | | | | | | | | | |
| 施設類型 | | | ☑介護老人福祉施設（特養） ☐介護老人保健施設　☐看護小規模多機能型居宅介護　☐介護医療院  ☐認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ☐有料老人ホーム　☐その他（　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | |
| 相当する  職位 | | | ☐施設長　　☐副施設長　　☐部長・部門長　　☑師長・課長・ユニット長  ☐主任・副師長・係長・リーダー　☐一般職員・スタッフ　☐その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | **エイチアンダーバーケーオービーイー＠エスエイチアイエヌハイフンジーオードットジェーピー** | | | | | | | | | | | | | |
| メール  アドレス | | | **h\_kobe**＠**shin-go.jp** | | | | | | | | | | | | | |
| ※受講に必要なURL等をメールで案内します。「@nurse.or.jp」を受信できるよう設定してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | ☑所属施設　　☐その他：電話番号　　　　―　　　　　― | | | | | | | | | | | | | |
| ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 厚生労働省「高齢者権利擁護等推進事業」  202４年度「介護施設等における看護指導者養成研修」申込用紙 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ●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。個人申込は受付けておりません。 | | | | | | | | |
| 以下をご記入の上、東京都老健協会　事務局あてにWordデータをメール添付により  ご送付ください。〆切は6月２６日正午までとなります。  メールアドレス：jimukyoku@roken-tokyo.or.jp | | | | | | | | |
| ■被推薦者　※必要事項を記入もしくは☑を入れてください。 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | 年齢 | 歳（申込時点） | | | | |
| 氏名 |  | | 職種 | ☐保健師　　 ☐助産師  ☐看護師（准看護師は対象外） | | | | |
| 会員状況 | ☐会員　　☐入会手続中　　☐非会員 | 都道府県名 | | | |  | | |
| 日本看護協会会員ＮＯ | 会員：入会している都道府県  手続き中：入会手続き中の都道府県  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 | | 介護保険施設実務経験 | |
| 所属施設名 |  | | | | 年 | | 年 | |
| 「看護実務者研修」受講歴 | | | □有　 □無 |
| 所属施設住所・電話番号 | 〒　　　　　―  電話番号　　　　　―　　　　　　― | | | | | | | |
| 施設類型 | ☐介護老人福祉施設（特養） ☐介護老人保健施設　☐看護小規模多機能型居宅介護　☐介護医療院  ☐認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ☐有料老人ホーム　☐その他（　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | |
| 相当する  職位 | ☐施設長　　☐副施設長　　☐部長・部門長　　☐師長・課長・ユニット長  ☐主任・副師長・係長・リーダー　☐一般職員・スタッフ　☐その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| メール  アドレス | **＠** | | | | | | | |
| ※受講に必要なURL等をメールで案内します。「@nurse.or.jp」を受信できるよう設定してください。 | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ☐所属施設　　☐その他：電話番号　　　　　　　―　　　　　　　　― | | | | | | | |
| ※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「キャリナース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携（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）  厚生労働省高齢者権利擁護等推進事業の推進を目的に、本会と推薦者で個人情報を共同利用し、適切に取り扱います。 | | | | | | | | |