|  |
| --- |
| 厚生労働省「高齢者権利擁護等推進事業」における「看護指導者養成研修」2023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。●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 |  | フリガナ |  |
| 担当者名 |  |
| 主幹部局名 |  |
| 住所 | 〒　　　　― |
| 電話番号 | ―　　　　　　　　― |
| 看護実務者研修 | 2022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 |
| 2023年度開催 | ☐有 | **➡** 開催委託の有無☐有（委託先：　　　　　　　　　　　　　　　　 ）　☐無 |
| ☐無 |
| 本研修への推薦者 | ☐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。 |
| 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　 |
| ■推薦者　［推薦順位：　　　　位　］※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、本会と都道府県看護協会で個人情報を共同利用し、適切に取り扱います。 |