

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」
2022年度 介護施設等における看護指導者養成研修申込用紙

- 応募期間は、2022年6月15日(水)～6月30日(木)です。
- 郵送またはファクシミリでご返送ください(応募期間内必着)。
- 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)
- 各都道府県主管部局(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」に記入の上ご返送ください。

日本看護協会 神戸研修センター 行 FAX:078-230-3256

■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「看護指導者養成研修」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。	
今年度の本研修受講者の受講料負担について	1. 都道府県負担 2. 都道府県看護協会負担 3. 受講者の所属施設負担 4. 受講者の個人負担 5. その他()		
今年度の本研修修了者の看護実務者研修への活用予定	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	1. 会員 2. 入会手続中 3. 非会員	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
	日本看護協会会員NO. 会 員 歴 年			
所属施設名	フリガナ	看護師実務経験	介護施設実務経験	
	(略さず正式名称をご記入ください)	年	年	
施設住所	〒	看護実務者研修受講歴 有 無		
		TEL		
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()			
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。受講者自身がメールを確認できるメールアドレスとしてください。 ※ドメイン指定受信設定(「nurse.or.jp」を受信できる設定)を必ず設定してください。 @			
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構築(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)

●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

**【記入例】 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」
2022年度「介護施設等における看護指導者養成研修」申込用紙**

- 応募期間は、2022年6月15日(水)～6月30日(木)です。
- 郵送またはファクシミリでご返送ください(応募期間内必着)。
- 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)
- 各都道府県主管部局(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」に記入の上ご返送ください。

日本看護協会 神戸研修センター 行 FAX:078-230-3256

■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	①有 2. 無	「1.有」の場合開催委託の有無	①有 (委託先: ●●看護協会) 2. 無
昨年度看護実務者研修の開催	①有 2. 無	「1.有」の場合「看護指導者養成研修」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。	
今年度の本研修受講者の受講料負担について	① 都道府県負担 2. 都道府県看護協会負担 3. 受講者の所属施設負担 4. 受講者の個人負担 5. その他()		
今年度の本研修修了者の看護実務者研修への活用予定	①有 2. 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			都道府県名		
	日本看護協会会員NO. 09987654 会員歴 23 年			兵庫県 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		
所属施設名	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	
	(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
施設住所	〒650-6666 兵庫県新神戸市熊外町3-3-3			TEL 078-333-4444		
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()					
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。受講者自身がメールを確認できるメールアドレスとしてください。 ※ドメイン指定受信設定(「nurse.or.jp」を受信できる設定)を必ず設定してください。 abcdefg @ hijk.lm.jp					
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、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)

●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