

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。
- 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	兵庫県	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 兵庫県神戸市北区四ノ宮7-8-9		
電話番号	012-345-6789		
看護実務者 研修	2023年度 開催	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 本研修修了者の活用の有無 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（役割： <input type="checkbox"/> 研修企画 <input type="checkbox"/> 講師 <input checked="" type="checkbox"/> 演習支援者） <input type="checkbox"/> 無
	2024年度 開催	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 開催委託の有無 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（委託先：兵庫県看護協会） <input type="checkbox"/> 無
本研修への推薦	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 以下を全て記入後、お申込みください。 <input type="checkbox"/> 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）	<input checked="" type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 都道府県看護協会 <input type="checkbox"/> 推薦者個人または所属施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
推薦者の「看護実務者研修」への活用予定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師（准看護師は対象外）
会員状況	<input checked="" type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 入会手続中 <input type="checkbox"/> 非会員	都道府県名	兵庫県
	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戸苑	23 年	10 年
		「看護実務者研修」受講歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
所属施設住所 ・電話番号	〒123-4567 兵庫県新神戸市熊外町8-8-8	電話番号	123-456-7890
施設類型	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）		
相当する 職位	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 副施設長 <input type="checkbox"/> 部長・部門長 <input checked="" type="checkbox"/> 師長・課長・ユニット長 <input type="checkbox"/> 主任・副師長・係長・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職員・スタッフ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
フリガナ	エイチアンダーパ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ビー		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> 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「キャリアナース」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。

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		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	2023年度 開催	<input type="checkbox"/> 有 → 本研修修了者の活用の有無 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（役割： <input type="checkbox"/> 研修企画 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 演習支援者） <input type="checkbox"/> 無
	2024年度 開催	<input type="checkbox"/> 有 → 開催委託の有無 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（委託先： ） <input type="checkbox"/> 無
本研修への推薦	<input type="checkbox"/> 有 → 以下を全て記入後、お申込みください。 <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 都道府県看護協会 <input type="checkbox"/> 推薦者個人または所属施設 <input type="checkbox"/> その他（		
被推薦者の「看護実務者研修」への活用予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 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： 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	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師（准看護師は対象外）	
会員状況	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 入会手続中 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
所属施設住所 ・電話番号	〒	—	電話番号	—
施設類型	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（			
相当する 職位	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 副施設長 <input type="checkbox"/> 部長・部門長 <input type="checkbox"/> 師長・課長・ユニット長 <input type="checkbox"/> 主任・副師長・係長・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職員・スタッフ <input type="checkbox"/> 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」を受信できるように設定してください。			
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> 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。