**令和６年度　トータル・サポート・マネジャー養成研修　受講申込書**

**申込提出日：　　 　年　　　月　　　日**

次のとおり、令和６年度　トータル・サポート・マネジャー養成研修会受講を申込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 氏 名 |  |
| 勤務先名 |  | | |
| 勤務先住所 |  | | |
| 勤務先  電話/Fax/E-mail | TEL:　　　 　- -　　　　　　　　　　　　　　／　　Fax: 　- -  E-mail: | | |
| 自宅住所 |  | | |
| 自宅または携帯  電話/E-mail | TEL:　　　 　- -  E-mail: | | |
| 経験年数（令和6年 6月1日時点における） | 看護職経験年数　　　　　年　　　　ヵ月　（　内、訪問看護師経験年数　　　　　年　　　　ヵ月） | | |
| 看護協会員の有無 | ①　会員　　　　　　②非会員　　　　　（　どちらかに○　） | | |
| 勤務形態 | ①常勤　　　　　　　　②非常勤　　　　（　どちらかに○　） | | |
| 受講資格要件  該当する項目を選択して、番号を○で囲んで下さい（複数選択あり） | 1. 介護支援専門員　　　（　実務経験年数　　　　　　　　年　　　　　　ヶ月　） | | |
| 1. 専門看護師（　専門分野　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　認定年月日：　　　　　年　　　月　　　日　）   （　専門看護師としての実務経験年数　　　　年　　　　ヶ月　） | | |
| 1. 認定看護師（　専門分野　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　認定年月日：　　　　　年　　　月　　　日　）   （　認定看護師としての実務経験年数　　　　年　　　　ヶ月　） | | |
| 1. 大学院修士課程修了（　専門分野　　　　　　　　　　　）　（　修了年月日：　　　　　年　　　月　　　日　） | | |
| 実践状況（チームで関わった事例も含めこれまでのおよその数） | ①在宅ターミナルケア　　　　例  ②退院支援　　　　例  ③多職種連携カンファレンス（サービス調整会議）　　　　　　　例 | | |
| 受講希望理由 |  | | |

**令和６年度　トータル・サポート・マネジャー養成研修　受講推薦書**

受講者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の研修受講について推薦します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推薦者氏名 |  | 勤務先 |  |
| 勤務先住所 |  | 役　職 |  |
| ※訪問看護における看取り経験、退院支援マネジメントへの参画、地域ケア会議（多職種連携会議・サービス調整会議）への参加等を考慮して記載して下さい。 | | | |
|  | | | |