

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: - -						
自宅住所								
自宅または携帯 電話/E-mail	TEL: - -							
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 ヵ月)							
	② 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 ヵ月)							
	③ 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 ヵ月)							
	④ 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。			