

事務連絡
令和2年8月25日

宮崎県医療ソーシャルワーカー協会長 殿

宮崎県福祉保健部
医療薬務課看護担当

令和2年度第2回医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修について（案内）

日頃から医療福祉行政の推進に御理解と御協力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、標記研修につきましては、新型コロナウイルス感染症の影響により開催見合わせとなっておりましたが、オンラインで実施されることとなりましたので、お知らせします。

受講希望者につきましては、下記の関係書類を添えて提出期限までに医療薬務課へ提出くださるようお願いいたします。

なお、受講に要する費用は受講者負担となります。

記

1 提出書類

- (1) 受講申込書（標準様式2）
- (2) 医療ソーシャルワーカーとしての通算勤務年数、所属する医療機関に関する情報（別紙）
- (3) 受講動機（A4縦置き横書きで400字以内）

2 提出期限

令和2年9月14日（月）

3 その他

オンライン講義受講に係る諸条件等は国立保健医療科学院ホームページを御参照ください。

(<https://www.niph.go.jp>)

（文書取扱 医療薬務課）

宮崎県福祉保健部医療薬務課看護担当 黒岩 〒880-8501 宮崎市橋通東2丁目10番1号 TEL:0985-26-7450 FAX:0985-32-4458

受講申込書（短期研修）

国立保健医療科学院長 殿

貴院 令和2年度第2医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修の受講を希望いたします。

年 月 日

ふりがな				年 齢 (研修受講時)
氏 名				歳
所属機関名・部署				
役 職			職 種	
所属先住所 (連絡先)	〒 TEL FAX e-mail			
現職在職年数 (経験年数)	年	月	性 別	男 ・ 女
資 格 ・ 免 許				
年 月				
年 月				
年 月				
職 歴 (新しいものから順に記入してください) (※)				
本院の受講歴				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本院への申し込み <ul style="list-style-type: none"> 1. 初めて 2. 申し込んだが受講できなかった 				
申し込み回数 回目				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本院の他の研修を受講した経験がある場合 (課程・学科・コース・研修名) 				
年度	研修名 ()
年度	研修名 ()
年度	研修名 ()

別紙

医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修申込者は受講申込書 標準様式 2 に加えて
 下記に医療ソーシャルワーカーとしての通算勤務年数、所属する医療機関に関する情報を
 記入し提出してください。

申込者氏名 _____

所属機関名 _____

医療ソーシャルワーカーとしての 通算勤務年数	年 ヶ月		
所属する医療機関に関する情報			
経営主体 (○で囲む)	国・都道府県・市町村・医療法人(社団・財団)・ 社会医療法人・社会福祉法人・公益法人・その他	病床数	床
病院の種類 (○で囲む)	特定機能病院・地域医療支援病院・一般病院・ 療養型・精神・その他	所在二次 医療圏名称	都道府県 圏