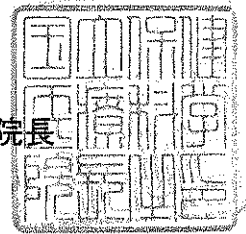


科学院研修発第32号

平成26年 3月 7日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

国立保健医療科学院長



平成26年度 医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修の
実施について

標記について、別添「平成26年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修開催要領」により実施することといたしました。

つきましては、受講機会の均等を図るため、貴管下の医療機関等に対して広く、周知していただきますとともに、受講者の推薦方につきまして御協力下さいますようお願いいたします。

また、本研修の応募については開催要領に記載のとおり、都道府県衛生主管部（局）において貴管内の関係施設又は関係機関等の受講希望者についてとりまとめの上申込みとなりますのでよろしくお願いいたします。

平成26年度 医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修開催要領

1. 目的 本研修は、医療ソーシャルワーク部門のリーダーが病院内外のソーシャルワーク活動を戦略的にマネジメントするために必要な知識・技術を習得することを目的とする。

一般目標 地域連携及びチーム医療の視点から、地域医療全体に資する医療ソーシャルワーカーのリーダーシップ機能とマネジメント機能の考え方を修得する。
*研修の到達目標については科学院サイトをご参照下さい。
2. 研修期間 第1回 平成26年 6月23日(月)～ 6月27日(金)
第2回 平成26年11月17日(月)～ 11月21日(金)
*原則として第1回と第2回の研修内容は共通です。
3. 研修場所 国立保健医療科学院(埼玉県和光市)
4. 受講人員 各回 40名
5. 受講資格 医療ソーシャルワーカーとして実務経験10年以上(平成26年3月末において)の現任者の方。
6. 研修内容 国立保健医療科学院ホームページ(平成26年度研修案内参照)
(<http://www.niph.go.jp/>)
*必要となる各様式はサイトからダウンロード可能です。
7. 受講申込 (1) 受講希望者は、受講資格があることを確認した上、所属長の責任で作成された受講申込書を都道府県衛生主管部(局)長へ提出して下さい。
(所属機関から国立保健医療科学院へ直接提出はしないで下さい。)

(2) 都道府県衛生主管部(局)長は、管内の関係施設又は関係機関等の受講希望者を取りまとめ、受講申込書を添付の上、任意の公文書(参考書式例添付)により国立保健医療科学院総務部研修・業務課あて提出して下さい。なお、受講希望者が2名以上いる場合には優先順位を明記して提出して下さい。
(送付先: 〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
国立保健医療科学院総務部研修・業務課企画係 Tel048-458-6187)
8. 申込受付期間 第1回研修分 平成26年3月24日(月)～4月25日(金)
第2回研修分 平成26年8月11日(月)～9月12日(金)
9. 受講決定方法 (1) 受講者は、各申込受付期間終了後に応募書類を選考の上決定します。
その後、国立保健医療科学院から、都道府県衛生主管部(局)長あて通知いたします。

(2) 受講生あての選考結果のお知らせは、都道府県衛生主管部（局）長から行って下さい。

(3) 受講決定者については、受講に関する書類（時間表・オリエンテーション関連資料など）等を後日、国立保健医療科学院より別途本人宛発送いたします。

10. 経費負担

受講に要する費用（交通費、宿泊費等）は受講者の負担です。

*なお、受講料等は必要ありません。

11. 寄宿舍

本研修受講決定者は、本院敷地内にある寄宿舍をご利用いただけます。

なお、寄宿舍の利用申込みについては受講決定後開始となります。

詳細（寄宿舍要覧）については本院ホームページをご覧ください。

12. その他

(1) 食堂について

営業時間 昼食 11:30～13:30（昼食のみ）土日祝日等は休業

(2) 院内に簡単な自販機は設置されておりますが、本院周辺にはコンビニエンスストア等がございませんので、和光市駅前調達することをお勧めします。

受講申込書(短期研修)

国立保健医療科学院長 殿

(研 修 名)

貴院

研修の受講を希望いたします。

平成 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				
S・H	年 月	取 得		
S・H	年 月	取 得		
S・H	年 月	取 得		
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				
・ 本院への申し込み 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				
・ 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)				
S・H	年度	研修名()	
S・H	年度	研修名()	
S・H	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 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