

◇ 記入例 ◇

赤文字の部分をご記載ください

都道府県協会等研修のポイント換算 認定申請書

西暦・和暦 どちらでも可		申請受付番号 ※			
申請年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇)				
研修主催団体名	〇〇県医療ソーシャルワーカー協会				
換算の対象とする研修の名称	平成〇〇年度 第〇回ソーシャルワーク研修 「平成〇〇年度 診療報酬改定について」				
研修主催団体代表者名	会長 〇〇 花子				
研修担当代表者名	研修委員長 △△ 次郎				
研修概要	研修の目的	診療報酬改定の概要を学び、その背景とクライアントの生活に起きる実態を理解する。			
	期間 (日程)	平成〇〇年〇月〇〇日 (〇) 13:00~16:00			
	総時間 (分単位)	180分	申告ポイント	4	ポイント
ポイント換算の根拠	*ポイント換算の根拠 (別紙「シラバス内容詳細」の具体的な科目名について明記の上、45分を1ポイントで換算してください。)				
	研修・シラバス内容詳細を参照ください。 該当項目：スキルアップ 換算式：180分÷45分=4ポイント (45分を1ポイント)				
担当連絡先	氏名・所在地	*申請結果通知を送りますので正確にご記入ください。 〒 123-5678 東京都新宿区住吉町 8-20 四谷デンゴビル 201 号 〇〇県医療ソーシャルワーカー協会 事務局長 山田 太郎			
	TEL	03-5366-1057	FAX	03-5366-1058	E-mail jaswhc@d3.dion.ne.jp
ホームページ掲載の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否				
※ 認定結果		ポイント	認定年月日		

※の欄は記載不要です。

事務処理確認欄 日付・氏名

会長	認定事業部 担当副会長	事務局長