公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　認定事業部

都道府県協会等研修のポイント換算　認定申請書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　申請受付番号　※ |
| 申請年月日 | 西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　） |
| 研修主催団体名 |  |
| 換算の対象とする研修の名称 |  |
| 研修主催団体代表者名 |  |
| 研修担当代表者名 |  |
| 研修概要 | 研修の目的 |  | 担保したい力量該当番号＊①～⑪ 複数記載可 |  |
| 期間（日程） |  |
| 総時間（分単位） | 分 | 申告ポイント | 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1ポイントで換算してください。） |
| 担当連絡先 | 氏名・所在地 | \*審査結果を通知しますので正確にご記入ください。〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| TEL |  | Fax |  | E-mail |  |
| ホームページ掲載の可否 | 可　　　　　　　　　　否　　　　　 |
| ※認定結果 |  | ポイント | 認　定年月日 |  |

※の欄は記載不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会　長 | 認定事業部担当副会長 | 事務局長 |
|  |  |  |

事務処理確認欄　日付・氏名