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