

◇ 記入例 ◇

赤字の部分をご記載ください

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 〇〇〇〇年 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	令和〇〇年度 第〇回ソーシャルワーク研修 「令和〇〇年度 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。			担保したい力量 該当番号 ②
	期間 (日程)	〇〇〇〇年〇月〇〇日 ( 〇 ) 13:00~16:00			*①~⑪ 複数記載可
	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1ポイントとしてください。)				
	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	*審査結果を通知し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="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否				
※ 認定結果		ポイント	認定年月日		

担保したい力量の詳細は以下でご確認ください  
 ・認定医療ソーシャルワーカー取得の手引き 3~4 ページ  
 ※ホームページからダウンロードしていただけます

45分を1ポイントとして計算してください

※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