**令和５年度　ユニットケアに関する研修**

**（施設整備・サービスマネジメント）受講申込書**

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 希　望  コース | （いずれかに○）　　**１．施設整備**  **２．サービスマネジメント** |
| **〔希望コースの選択〕**  カリキュラムの一部は、施設整備担当者向け、サービスマネジメント担当者向け、それぞれに分かれた講義・演習になります。どちらを希望されるか、選択してください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務先名（部署名もご記入下さい） | 受講希望者氏名  **（ふりがな）** | | | 性別  男 ・ 女 |
| 職　名 |  | | |
| 勤務先住所（都道府県名からご記入下さい）  〒  TEL　　　－　　　－  FAX　　 －　　　－  e-mail　（個人に連絡がとれるアドレス） | 研修開始日現在  の現職経験年数 | | 年　　　　か月 | |
| **主な現職の業務内容（該当するものに○、複数回答可）**  1. 施設整備  2. サービスマネジメント（指導・監査等を含む）  3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

**１.研修期間**　　令和５年７月６日（木）及び７月７日（金）２日間

**２.受講申込**　　**都道府県等の高齢者福祉主管部（局）長経由**で

①公文書（参考様式）、②受講者推薦名簿、③本紙　受講申込書を以下によりご提出下さい。

②受講者推薦名簿　は、応募者が１名の場合は省略しても結構です。

**申込受付期間：令和５年４月３日（月）～４月２８日（金）必着**

**３.受講者決定**　定員の範囲内で受講者を決定し、その結果を高齢者福祉主管部（局）長あてに通知します。

**４.経費**　 受講料は必要ありません。

連絡先【受講申込書等提出先】　　　国立保健医療科学院　総務部研修・業務課研修第三係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒351-0197　埼玉県和光市南２－３－６

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL ０４８－４５８－６１９０（ダイヤルイン）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Email kensyu.info@niph.go.jp