

令和2年度 糖尿病重症化予防（フットケア）研修会 受講申込書

申込日：令和2年 月 日

実施要項をよくご覧になり、受講条件を確認し、必要事項を記入してください。

84円切手を貼付した返信用の封筒（長型3号）を同封の上、12月15日必着（郵便）でお申込みください

該当項目に○および記入してください

※推薦書は、所属長(院長または看護部長)相当の方が記入してください

ふりがな：	年齢 歳	性別 (男・女)
氏名：	職名：1、保健師 2、助産師 3、看護師	
全経験年数：①5～9年 ②10～14年 ③15～19年 ④20～24年 ⑤25～29年 ⑥30年以上	職位：1、管理者 2、看護師長 3、主任 4、スタッフ 5、その他	
認定資格取得の有無 日本糖尿病療養指導士 有・無 (有の場合は下記に認定番号を記入) 認定番号：	いわて糖尿病療養指導士 有・無 (有の場合は下記に認定番号を記入) 認定番号：	
所属勤務先： 住所：〒 - 電話： - - FAX： - -		
優先順位(1施設から複数応募の場合は順位を記入)：		
主な職歴： 西暦 年 月～ 年 月 西暦 年 月～ 年 月 西暦 年 月～ 年 月		
糖尿病足病変患者の看護に従事した経歴 (5年以上の経験があること)： 西暦 年 月～ 年 月 (計 年 か月) 西暦 年 月～ 年 月 (計 年 か月) 西暦 年 月～ 年 月 (計 年 か月)		
研修参加動機・研修会への希望・研修後の自身の活動予定・自己の課題など		
<p>※推薦書</p> <p>上記の者は、本施設の常勤看護師であり、糖尿病足病変に関する療養指導や看護に従事し、所定の実務期間（糖尿病足病変の看護に従事した経験5年以上）を有しております。糖尿病重症化予防（フットケア）研修会の参加により、本施設の糖尿病患者の足病変に関する療養指導に従事する予定です。</p> <p>以上のとおり、上記の者が糖尿病重症化予防（フットケア）研修を受ける要件を満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。</p> <p>施設名： _____</p> <p>推薦者氏名（自書）： _____ 印 職位(名)： _____</p> <p>住所 _____ 連絡先 _____</p> <p>貴施設の「糖尿病合併症管理料」算定の有無： 1、算定済み 2、研修後算定予定 3、算定未</p>		