第1574号
受
25.2.27
小郡三井医師会

福県医発第2740号（地）
平成24年2月25日

各医師会長　殿

福岡県医師会
会長　松　田　峻一良
（公印省略）

平成25年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修の
実施について（ご案内）

今般、国立保健医療科学院において標記研修を実施する旨、福岡県保健医療介護部健康増進課より通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

1）詳細につきましては別紙「平成25年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修開催要領」をご参照ください。

2）第1回と第2回の研修内容は共通となっております。

記

【第1回】

△と　き　平成25年5月13日（月）～5月17日（金）
※申込受付期間　平成25年2月12日（月）～3月22日（金）
△ところ　国立保健医療科学院（埼玉県和光市）

【第2回】

△と　き　平成25年11月25日（月）～11月29日（金）
※申込受付期間　平成25年8月26日（月）～9月27日（金）
△ところ　国立保健医療科学院（埼玉県和光市）

小郡三井医師会より

学術・生涯教育担当理事　権藤秀之
会長　蒲池　壽

公印省略

２４健第４９６７号
平成２５年2月２０日

福岡県医師会会長　殿

福岡県保健医療介護部健康増進課長

平成２５年度　医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修の実施について

このことについて、国立保健医療科学院より別紙のとおり実施通知がありましたので、お知らせします。

なお、受講希望者については、下記のとおり関係書類を提出いただきますようお願いします。

記

	第１回	第２回
提出期限	平成２５年3月２２日（金）	平成２５年9月２７日（金）
提出書類	受講申込書（第１回用）	受講申込書（第２回用）

（問合せ先及び提出先）
〒812-8577
福岡市博多区東公園７番７号
福岡県保健医療介護部
健康増進課保健事業係（担当：枝光）
ＴＥＬ：０９２－６４３－３２７０
ＦＡＸ：０９２－６４３－３２７１
E-mail：edamitsu-m5959@pref.fukuoka.lg.jp

4882

平成２５年度 医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修開催要領

１．目　　的　　本研修は、医療ソーシャルワーク部門のリーダーが病院内外のソーシャルワーク活動を戦略的にマネジメントするために必要な知識・技術を習得することを目的とする。

一般目標　　地域連携及びチーム医療の視点から、地域医療全体に資する医療ソーシャルワーカーのリーダーシップ機能とマネジメント機能の考え方を修得する。
＊研修の到達目標については科学院サイトをご参照下さい。

２．研修期間　　第1回　平成２５年　５月１３日（月）～　５月１７日（金）
第2回　平成２５年１１月２５日（月）～１１月２９日（金）
＊原則として第１回と第２回の研修内容は共通です。

３．研修場所　　国立保健医療科学院（埼玉県和光市）

４．受講人員　　各回　４０名

５．受講資格　　医療ソーシャルワーカーとして実務経験１０年以上（平成２５年３月末において）の現任者の方。

６．研修内容　　国立保健医療科学院ホームページ（平成２５年度研修案内参照）
(http://www.niph.go.jp/)
＊必要となる各様式はサイトからダウンロード可能です。

７．受講申込

（1）受講希望者は、受講資格があることを確認した上、所属長の責任で作成された受講申込書を都道府県衛生主管部（局）長へ提出して下さい。
（所属機関から国立保健医療科学院へ直接提出はしないで下さい。）

（2）都道府県衛生主管部（局）長は、管内の関係施設又は関係機関等の受講希望者を別紙2の推薦名簿にとりまとめ、受講申込書を添付の上、任意の公文書（参考書式例添付）により国立保健医療科学院総務部研修・業務課あて提出して下さい。

（送付先：〒351-0197　埼玉県和光市南２－３－６
国立保健医療科学院総務部研修・業務課研究業務室　Tel.048-458-6186）

（3）推薦名簿は、同名簿様式に記載されている留意事項に注意したうえで、履歴（年齢、従事年数等）等を勘案し、推薦順に作成して下さい。

８．申込受付期間　　第１回研修分　　平成２５年2月１２日（月）～3月２２日（金）
第2回研修分　　平成２５年8月２６日（月）～9月２７日（金）

９．受講決定方法　（１）受講者は、各申込受付期間終了後に応募書類を選考の上決定します。
その後、国立保健医療科学院から、都道府県衛生主管部（局）長あて通知いたします。

（２）受講生あての選考結果のお知らせは、都道府県衛生主管部（局）長から行って下さい。

（３）受講決定者については、受講に関する書類（時間表・オリエンテーション関連資料など）等を後日、国立保健医療科学院より別途本人宛発送いたします。

10．経費負担　受講に要する費用（交通費、宿泊費等）は受講者の負担です。
＊なお、受講料等は必要ありません。

11．寄宿舎　本研修受講決定者は、本院敷地内にある寄宿舎をご利用いただけます。
なお、寄宿舎の利用申込みについては受講決定後開始となります。
詳細（寄宿舎要覧）については本院ホームページをご覧下さい。

12．その他　⑴ 食堂について
営業時間　昼食　１１：３０〜１４：００（昼食のみ）土日祝日等は休業

⑵ 院内に簡単な自販機は設置されておりますが、本院周辺にはコンビニエンスストア等がございませんので、和光市駅前で調達することをお勧めします。

整理番号No.

平成２５年度　第１回　医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修受講申込書

平成　　年　　月　　日

国立保健医療科学院長　殿

施設名

施設長氏名　　　　　　　　印

研修期間	平成２５年５月１３日（月）～５月１７日（金）		
ふりがな 受講希望者　氏名	（昭和　　年　　月　　日生　歳　男・女）		
現住所	〒 電話		
勤務先			
勤務先住所	〒 電話　　　　　　　ＦＡＸ		
経営主体		病床数	床
施設分類	医療機関（一般）　医療機関（精神）　医療機関（大学病院） 医療機関（リハ）　保健所　老人保健施設　その他（　　　　）		
現職名		現職在職年数	年　ヶ月(H25.3月現在)
医療ソーシャルワーカーとしての通算勤務年数			年　ヶ月(H25.3月現在)
資格免許の有無	社会福祉士（　有・無　）	精神保健福祉士（　有・無　）	

職歴

勤務先（所属部署）	勤務期間	具体的な職務内容

整理番号No.

平成２５年度　第２回　医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修受講申込書

平成　　年　　月　　日

国立保健医療科学院長　殿

施設名

施設長氏名　　　　　　　　　印

研修期間	平成２５年１１月２５日（月）～１１月２９日（金）		
ふりがな 受講希望者　氏名	（昭和　　年　　月　　日生　歳　男・女）		
現住所	〒 電話		
勤務先			
勤務先住所	〒 電話　　　　　　ＦＡＸ		
経営主体		病床数	床
施設分類	医療機関（一般）　医療機関（精神）　医療機関（大学病院） 医療機関（リハ）　保健所　老人保健施設　その他（　　　　）		
現職名		現職在職年数	年　ヶ月(H25.3月現在)
医療ソーシャルワーカーとしての通算勤務年数	年　ヶ月(H25.3月現在)		
資格免許の有無	社会福祉士（　有・無　）　精神保健福祉士（　有・無　）		

職歴

勤務先（所属部署）	勤務期間	具体的な職務内容

別紙2

平成25年度 第　回 医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修受講者推薦名簿

都道府県名________________

推薦順位	氏　名	勤務先	（医療ソーシャルワーカーとしての）従事年数	備考
1			年　ヶ月	
2			年　ヶ月	
3			年　ヶ月	
4			年　ヶ月	
5			年　ヶ月	

＊H25.3月末で記入ください

（留意事項）

① 受講資格外の者の推薦は行わないこと。
＊受講資格については開催要領参照

② 推薦順位は、医療ソーシャルワーカーとしての従事年数がより長い者を上位とすること。

派遣機関の公文書（書式例）

<文　書　番　号　等>
平成○○年○○月○○日

国立保健医療科学院長　殿

○○○○○○長　　公印

平成２５年度 第　回 医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修の受講について

この度、貴院標記研修に、別添のとおり推薦しますのでよろしくお取り計らい下さい。

担　当
所属部局課名　　　担当者名
電話（直通・代表・内線）

（注）別途派遣機関側に様式がある場合はそちらをご利用下さい。