**固定チームナーシング認定指導者　更新申請書**

固定チームナーシング研究会

会長　北神　洋子 殿

　私、　　　　　　　　　　　　は、固定チームナーシング研究会認定指導者制度の規定に準じて

固定チームナーシング認定指導者の認定更新を申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | 西暦　　　　　 年　　　　月　　　　日 | | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | 生年月日 | 西暦　　　年　　月　　日 | | |
| 氏　名 | |  | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| E-mail | | ※今後は主にEメールを使用してご連絡いたします。お間違いの無いようご記入ください。 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 勤務先 | 施設名 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 所属 |  | 職種 |  | | | 職位 |  |

※２枚目も必ずご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 承認 | 受付 |
|  |  |

固定チームナーシング認定指導者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属ブロック | |  | | |
| 新規 | 認定番号 | ※認定証に記載されている番号をご記入ください | 認定日 | 西暦　　　　年　　　月　　 日 | |
| 更新 | 認定番号 | ※直近の更新認定番号をご記入ください。 | 認定日 | 西暦　　　　年　　　月　 　日 | |

※前回更新している場合は、更新認定番号・認定日もご記入ください。

**■更新要件**

該当する項目の「実施回数」及び「ポイント合計」を記入してください。

（５年以内で合計60P以上の取得が必要です）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 条件 | ポイ  ント | 実施  回数 | ポイント  合計 | 提出物  ※申請書の受理後、  提出が必要となります |
| １ | 看護部長・介護部長・教育担当副部長・部署師長・介護長・（ブロックリーダーを含む）として固定チームナーシングを運営している | 3年以上 | 20P |  |  | ・勤務証明書 |
| ２ | 固定チームナーシング全国研究集会・地方会で、講演・シンポジスト・演題などで参加発表の経験がある | 5年以内  ・1回につき | 筆頭者20P |  |  | ・参加証  ・プログラム  ・抄録目次 |
| 共同研究者  10P |  |  |
| ３ | 看護・介護・リハビリ系の　専門月刊誌等に誌上掲載の経験がある | 5年以内  ・1回につき | 筆頭者20P |  |  | ・別刷り  ・コピー |
| 共同研究者  10P |  |  |
| ４ | 自・他病院、自・他施設等で固定チームナーシングの成果発表会の  指導・評価や講演・研修経験がある | 5年以内  ・1回につき | 20P |  |  | ・依頼書  ・講演資料など |
| ５ | 全国研究集会・地方会に参加し運営に協力（司会、座長、会場・編集担当等）している | 5年継続  ・1回につき | 10P |  |  | ・資料集プログラム  ・目次など |
| ６ | 固定チームナーシング研究集会会長（全国集会・地方会どちらも可）の経験がある | 5年間有効  ・1回につき | 20P |  |  | ・資料集目次 |
|  | | ポイント合計 | |  | |  |