

(様式3) <コピー使用可>

## No.7 糖尿病重症化予防（フットケア）研修受講申込書

月 日

開催期日	10月25日（火）～27日（木）	申込期間	8月11日～17日
------	------------------	------	-----------

施設名 個人会員は 自宅住所		施設No.	
担当者	[職位] [氏名] [電話番号]		
	[メールアドレス]		

開催要項を確認のうえ、下記をご記入ください。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

岩手県看護協会 (○印)			氏名	職種 (○印)	実務経験 (○印)	職位 (○印)	認定資格の取得 (○印)	施設内優先順位 (2名以上の場合)
会員番号	手続中	非会員						
				1. 保 2. 助 3. 看	1. 5～9年 2. 10～14年 3. 15～19年 4. 20～24年 5. 25～29年 6. 30年以上	1. 管理者 2. 看護師長 3. 主任 4. スタッフ 5. その他	1. 日本糖尿病 療養指導士 2. いわて糖尿病 療養指導士	

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)

### ※推薦書

上記の者は、本施設の看護師であり、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。

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ますので、ここに推薦いたします。

施設名 :

推薦者職位・氏名 (自書) :

※個人情報の取り扱いについて 申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。