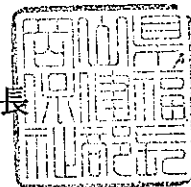




医推 第 1164 号  
平成 24 年 1 月 20 日

(社) 岡山県医師会長 殿

岡山県保健福祉部長



平成 24 年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修  
の受講希望者について (依頼)

このことについて、別添写しのとおり国立保健医療科学院長から研修  
の実施について通知がありました。

つきましては、当該内容について御了知の上、貴会会員に対し周知し  
ていただくようお願いいたします。

また、本通知につきましては下記ホームページ上に掲載しております  
ことを申し添えます。

記

1 受講希望者の推薦について  
別添「平成 24 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」のとおり

2 提出書類

平成 24 年度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

3 提出期限 第 1 回研修分 2 月 10 日 (金) (必着)  
第 2 回研修分 7 月 18 日 (水) (必着)

4 提出先 700-8570  
岡山市北区内山下 2-4-6  
岡山県保健福祉部医療推進課  
医事班 担当 神田  
TEL : 086-226-7403 FAX : 086-224-2313

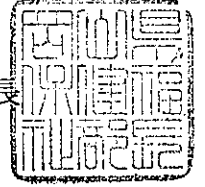
5 URL <http://www.pref.okayama.jp/hoken/hohuku/tuuchi/top.htm>



医推 第 1164 号  
平成 24 年 1 月 20 日

(社) 岡山県歯科医師会長 殿

岡山県保健福祉部長



平成 24 年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修  
の受講希望者について (依頼)

このことについて、別添写しのとおり国立保健医療科学院長から研修  
の実施について通知がありました。

つきましては、当該内容について御了知の上、貴会会員に対し周知し  
ていただくようお願いいたします。

また、本通知につきましては下記ホームページ上に掲載しております  
ことを申し添えます。

記

1 受講希望者の推薦について  
別添「平成 24 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」のとおり

2 提出書類

平成 24 年度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

3 提出期限 第 1 回研修分 2 月 10 日 (金) (必着)  
第 2 回研修分 7 月 18 日 (水) (必着)

4 提出先 700-8570  
岡山市北区内山下 2-4-6  
岡山県保健福祉部医療推進課  
医事班 担当 神田  
TEL : 086-226-7403 FAX : 086-224-2313

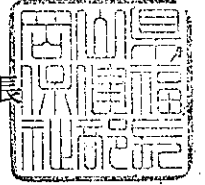
5 URL <http://www.pref.okayama.jp/hoken/hohuku/tuuchi/top.htm>



医推 第 1164 号  
平成 24 年 1 月 20 日

(社) 岡山県病院協会長 殿

岡山県保健福祉部長



平成 24 年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修  
の受講希望者について (依頼)

このことについて、別添写しのとおり国立保健医療科学院長から研修  
の実施について通知がありました。

つきましては、当該内容について御了知の上、貴会会員に対し周知し  
ていただくようお願いいたします。

また、本通知につきましては下記ホームページ上に掲載しております  
ことを申し添えます。

記

1 受講希望者の推薦について  
別添「平成 24 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」のとおり

2 提出書類

平成 24 年度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

3 提出期限 第 1 回研修分 2 月 10 日 (金) (必着)  
第 2 回研修分 7 月 18 日 (水) (必着)

4 提出先 700-8570  
岡山市北区内山下 2-4-6  
岡山県保健福祉部医療推進課  
医事班 担当 神田  
TEL : 086-226-7403 FAX : 086-224-2313

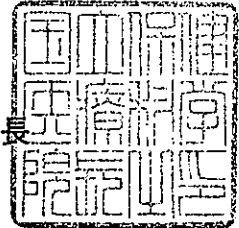
5 URL <http://www.pref.okayama.jp/hoken/hohuku/tuuchi/top.htm>



科学院研修発第 9 号  
平成 24 年 1 月 16 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

国立保健医療科学院長



平成 24 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

標記について、別添「平成 24 年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研  
修実施要領」により実施することといたしました。

つきましては、受講機会の均等を図るため、貴管下の医療機関等に対して広く、  
とりわけ独立行政法人国立病院機構・国立高度専門医療研究センター・ハンセン  
病療養所を含む管内の当該医療機関等に対しても、周知していただきますとともに、  
受講者の推薦方につきまして御協力下さいますようお願いいたします。



## 平成24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24年5月14日(月)～5月18日(金)  
第2回 平成24年9月24日(月)～9月28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
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24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24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・業務課研究業務室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 TEL048-458-6186)  
  
(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24年1月16日(月)～2月17日(金)  
第2回研修分 平成24年6月25日(月)～7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。  
\*受講料等は必要ありません。
11. 寄宿舍 本研修受講決定者は、本院敷地内にある寄宿舍をご利用いただけます。  
なお、寄宿舍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（寄宿舍要覧）については本院ホームページをご覧ください。
12. その他
- (1) 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
  - (2) 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24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24年5月14日(月)～5月18日(金)		
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(H24.3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(H24.3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24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24年9月24日(月)～9月28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(H24.3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(H24.3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	

## 平成24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 月	
2			年 月	
3			年 月	
4			年 月	
5			年 月	

\*H24.3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>

平成〇〇年〇〇月〇〇日

国立保健医療科学院長 殿

〇〇〇〇〇〇長

公  
印

## 平成24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

電話（直通・代表・内線）

担当者名

（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。