

講義・演習修了証明書をお持ちの方への特別な対応について

2019年度～2023年度に日本ユニットケア推進センターの「ユニットリーダー研修 講義・演習」を受講された方で、当時所属していた法人・施設を退職し、貴施設で勤務されている、または入職予定の方につきましては、特別な対応として、下記の要件を全て満たすことを条件に実地研修の申込を可能といたします。

◆申込条件

- (1) 「講義・演習修了証明書」の原本を所持していること
- (2) 貴施設で勤務または入職が決定しており、且つ、施設管理者及び上司が承諾をしていること

◆申込方法

- (1) 本申込書に必要事項をご記入、施設管理者及び上司が承認印を押印の上、講義・演習修了証明書の原本と合わせて、当センターへ郵送してください。
※下記の「同意事項」及び「個人情報の取扱い」に同意の上、申込書を送付ください。
- (2) 貴施設が当センターのユニットケア研修への申し込みに係るシステム登録が無い場合は施設登録を行ってください。

実地研修をお申込みいただくにあたっての同意事項
<p><input type="checkbox"/> 実地研修の受講に当たっては、日頃から適切な感染症対策を行い、募集要項及び各実地研修施設の注意事項に則り研修の準備を行ってください。</p> <p><input type="checkbox"/> 受講料は振込期間内にお支払いください。 受講料は受講者の決定と同時に発生いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 決定後に辞退した場合は下表のとおりキャンセル料等がかかります。 辞退日は当センターへの申請が受理された日付となります。</p> <p><input type="checkbox"/> 受講決定後の実地研修施設・日程の変更は一切取り扱いをいたしません。 ただし、受講者の責に帰さない、やむを得ない事情であると当センターが判断した場合は、その限りではありません。</p>
<h3>◆キャンセル料</h3> <ul style="list-style-type: none">・受講開始日の 10 日前までは受講料の半額（50%）がキャンセル料・受講開始日の 9 日前以降は受講料全額（100%）がキャンセル料

◆個人情報の取り扱いについて

1. 当センターは本申込書に関わる個人情報を当センターの研修の募集、選定、採択、事務連絡の目的に限る以外には使用しません。
2. 本人の同意又は法令に基づく場合を除き、取得した個人情報を第三者に提供することがあります。
「提供先」①実地研修施設 ②各ブロックにあるユニットケア連絡会等 ③当センターと関連する団体
3. 個人情報の取扱いの委託について取得した個人情報の取扱いの全部又は、一部を委託することがあります。
なお、委託先につきましては当センターにて管理、監督しております。
4. 保有個人データの開示等および問い合わせ窓口について
当社が保有する個人情報に関して、本人からの利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止、消去および第三者への提供の停止（以下、「開示等」とう）の請求に応じます。

【お問い合わせ】

一般社団法人 日本ユニットケア推進センター 研修企画課
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台1-8-11東京YWCA会館308号室
TEL : 03-5577-6186 FAX : 03 - 5577 - 6187 MAIL : suishinka@unit-care.or.jp

ユニットリーダー研修実地研修申込書

◆受講者基本情報

ふりがな		生年月日	性別
氏名		年 月 日	
受講番号	(20__リ-_____) ※講義・演習修了証明書の右上に記載の数字		

※受講当時から氏名が変更されている場合は、旧姓と現姓の両方を記入ください。

◆お勤めの施設の基本情報

法人名	
施設名	
施設種別	<ユニット型> <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> その他 () <ユニット型以外> <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> その他 () ※該当に☑をいれてください。
連絡先	TEL : () ※施設の電話番号を記入してください。
施設管理者	[役職] [氏名] ⑩

※本研修の受講者は施設の代表者として参加いたします。

施設の管理者（施設長）の方に行動計画書の評価をいただくため、受講承諾印をお願いします。

◆申込内容

※「募集要項」をご確認の上、受講希望施設を選択してください。

実地研修施設の希望	
第1希望	
第2希望	
※「ユニットリーダー研修実地研修 対象施設一覧（第4期募集）」をご参考ください。 ※ 受講日程は応募状況を勘案してセンターで決定いたします。 （第4期募集は「1月中旬～3月頃」の指定された4日間（火曜日～金曜日）） ※ 第2希望までの記入にご協力をお願いいたします。 第1希望のみの場合、受講決定に至らない可能性がございます。	
希望地域の対象を選択	
希望の施設が定員に達した場合、「希望地域の選択」をすることで、推進センターが希望に適した地域で受講決定をさせていただきます。実地研修受講の可能性を広げるため、選択くださいますようお願いいたします。（※該当に☑をいれてください。）	
<input type="checkbox"/> 同都道府県内 <input type="checkbox"/> 隣接都道府県 <input type="checkbox"/> 全ての都道府県 <input type="checkbox"/> 希望しない	