

## 令和4年度

【糖尿病合併症管理料施設基準に係る研修日本糖尿病教育・看護学会共催】

### 「糖尿病重症化予防フットケア」研修

お申込みにあたって

1. 研修日: 令和5年1月25日(水)・26日(木)・27日(金)の3日間

#### 2. 参加要件:

- ① 糖尿病足病変患者の看護従事経験 5 年以上(令和4年11月時点)を有する保健師・助産師・看護師  
※ 複数施設での従事経験年数の合算可  
※ 合算する場合、該当施設全てからの証明が必要となります
- ② 3日間全て参加できる方
- ③ 所属施設からの推薦書  
(次頁の様式を使用してください。過去に在籍した施設での従事期間を合算する場合は、該当施設より「従事証明書」を取得し、「推薦書」と併せて提出してください。「従事証明書」のみでの応募はできません。)

#### 3. 申込期間:(申込は Web 限定)

令和4年11月1日(火)~11月15日(火)(必着)

1) 東京都看護協会ホームページよりお申込みください。

<https://www.tna.or.jp/>

2) トップページ → ① 看護職の皆様へ → ② 研修一覧(実務実践) → ③ 研修一覧はこちら → ④ 2022年度 → ⑤ 11月 の順で検索し、申込ページに必要事項を登録してください。

3) WEB 申込みと同時に、必ず「推薦書」も申込期間内(11月15日**必着**)に郵送してください。

4) 送付先

※ 「糖尿病重症化予防フットケア」研修 推薦書在中 と封筒表にご記入ください

〒160-0023

東京都新宿区西新宿四丁目2番19号

東京都看護協会 教育部研修係

※ 応募者多数の際は選考となります。また、書類不備により受講不可となる場合があります。

# 糖尿病重症化予防(フットケア)研修

## 推薦書

(看護部長または院長による推薦)

令和 年 月 日

東京都看護協会 御中

申込者氏名:

糖尿病足病変患者の看護に従事した期間:

年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)

上記の者は本施設の看護師であり、糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有しております。糖尿病重症化予防(フットケア)研修会への参加により、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。

推薦者氏名(自署):

印

所属機関:

職位:

住 所:

連絡先電話番号:

糖尿病重症化予防(フットケア)研修

従 事 証 明 書

令和 年 月 日

東京都看護協会 御中

申込者氏名:

在籍期間: 年 月 ~ 年 月

糖尿病足病変患者の看護に従事した期間:

年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)

上記の者は、当施設において糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を有しています。

推薦者氏名(自署):

印

所属機関:

職位:

住 所:

連絡先電話番号: