

令和 5 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 6 年 1 月 24 日(水)・25 日(木)・26 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 5 年 11 月 1 日時点)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
- ② 上記 3 日間全て参加できる方

3. 申込方法:

東京都看護協会ホームページ (<https://www.tna.or.jp/>)
または右記 QR コードよりお申込みください。



4. 申込期間:

令和 5 年 11 月 1 日(水)～11 月 15 日(水)(必着)

5. 提出書類:

現在の所属施設における糖尿病足病変患者の看護従事経験	
5 年以上の方	5 年未満の方
① 推薦書 (看護部長または院長による推薦)	① 推薦書 (看護部長または院長による推薦) ② 従事証明書 (過去に在籍した施設の管理者の署名)

① 推薦書は次頁の書式でご提出ください。

② 現在の所属施設での糖尿病足病変患者の看護従事経験が 5 年に満たない方は過去に在籍した施設より従事証明書を取得してご提出ください。尚、従事証明書のみでの応募はできません。推薦書と併せてご提出ください。

※ WEB 申込みと同時に、上記書類も必ず申込期間内に郵送してください。

(令和 5 年 11 月 15 日(水)必着)

6. 送付先:

〒160-0023 東京都新宿区西新宿四丁目 2 番 19 号

公益社団法人東京都看護協会 教育部研修係

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

※ 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: