



令和5年度 厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業
Education For Implementing End-of-Life Discussion

「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会」申込フォーム

開催概要及び、参加資格を必ずご確認の上、必要事項をご入力いただきお申し込みください。

申込期日：2023年7月14日(金)正午までに登録を完了させてください。

(※入力途中で正午となった場合は、登録が完了できませんのでご注意ください。)

はじめに

今年度の研修はZoomアプリを使用した**WEB開催(オンライン研修)**です。

受講に必要な環境を整備できることが申込条件となりますのでご注意ください。

オンライン研修受講に必要なインターネット環境、機材を整備できる *

はい

<研修受講に必要な環境及び機材>

●インターネット環境 (スマートフォンのテザリングや、携帯型Wi-fi通信機の利用は推奨できません。アップロード、ダウンロード速度が3.0Mbps以上を安定して確保できる環境を推奨します。※速度テスト方法：研修に使用する環境で、<https://www.google.co.jp/> から「インターネット速度」と検索し、「速度テストを実行」)

●コンピューター (最新のZOOMアプリ をダウンロードしておくこと)

●WEBカメラ (外付けカメラ推奨)

●スピーカーフォン (グループディスカッションの集音のために必須です。カメラ内蔵型マイクやPC付属のものは不可。ご用意が難しい場合は、事務局からWEBカメラ付きスピーカーフォンを貸し出すことが可能です。)

●プロジェクターまたは大型モニター (講義の様子を全員で見えるために必要)

スピーカーフォン準備可否 *

1. 準備可能

2. 貸出希望(WEBカメラ付きスピーカーフォン)

1. 参加希望回について

※定員を超える場合は厳正に選考いたします。

参加希望回 *

第1回:令和5年9月3日(日)

第2回:令和5年9月24日(日)

第3回:令和5年10月15日(日)

第4回:令和5年10月29日(日)

2. 所属施設について

* 診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設など複数の施設が連携し、多職種チームとして参加する際は、代表者の所属施設についてご入力ください。

施設名 *

郵便番号 *

 -

都道府県 *

----- 選択してください ----- ▼

住所(市区町村以降) *

3. 参加者情報をご入力ください。**(医師1名の参加が必須。2~4名のチーム研修です。)****■ 1人目**

姓 (参加者 1) *

名 (参加者 1) *

せい (参加者 1) *

めい (参加者 1) *

生年月日 (参加者 1) *

年 月 日

※西暦

性別 (参加者 1) *

 男性 女性

所属施設・部署 (参加者 1) *

※厚生労働省へ受講者情報を報告する際に使用します。

役職 (参加者 1) *

臨床経験 (参加者 1) *

年 カ月

職種 (参加者 1) *

メールアドレス（参加者1）*

(確認用)

※参加決定後、事前課題や調査のご案内等に使用します。個人のアドレスをご入力ください。

■2人目

姓（参加者2）*

名（参加者2）*

せい（参加者2）*

めい（参加者2）*

生年月日（参加者2）*

年月日

※西暦

性別（参加者2）*

 男性 女性

所属施設・部署（参加者2）*

※厚生労働省へ受講者情報を報告する際に使用します。

役職（参加者2）*

臨床経験（参加者2）*

年カ月

職種（参加者2）*

メールアドレス（参加者2）*

(確認用)

※参加決定後、事前課題や調査のご案内等に使用します。個人のアドレスをご入力ください。

■3人目

* 3人目を申し込まれる場合は、下記全ての項目をご入力ください。

姓（参加者3）

名（参加者3）

せい（参加者3）

めい（参加者3）

生年月日（参加者3）

年 月 日

※西暦

性別（参加者3）

 男性 女性

所属施設・部署（参加者3）

※厚生労働省へ受講者情報を報告する際に使用します。

役職（参加者3）

臨床経験（参加者3）

年 カ月

職種（参加者3）

メールアドレス（参加者3）

(確認用)

※参加決定後、事前課題や調査のご案内等に使用します。個人のアドレスをご入力ください。

■4人目

* 4人目を申し込まれる場合は、下記全ての項目をご入力ください。

姓（参加者4）

名 (参加者 4)

せい (参加者 4)

めい (参加者 4)

生年月日 (参加者 4)

年 月 日

※西暦

性別 (参加者 4)

 男性 女性

所属施設・部署 (参加者 4)

※厚生労働省へ受講者情報を報告する際に使用します。

役職 (参加者 4)

臨床経験 (参加者 4)

年 カ月

職種 (参加者 4)

メールアドレス (参加者 4)

(確認用)

※参加決定後、事前課題や調査のご案内等に使用します。個人のアドレスをご入力ください。

4. チーム代表者名

*チーム内で1名、連絡の取れる方のお名前をご入力ください。結果通知メール送付等に使用いたします。

代表者氏名 *

5. チーム代表者連絡先 (上記「チーム代表者」の方の連絡先を入力してください)

TEL *

 - -

内線

FAX

 - -

メールアドレス *

※携帯電話のアドレスはお控えください。事務局からのメールが受信できない場合があります。

(確認用)

6. その他

備考

特記事項等がございましたらご記入ください。

【研修申込者の個人情報の取り扱いについて】

本申込によりご提出いただいた個人情報は、以下の方法により厳密に管理いたします。以下の事項をご確認の上、お申込みをお願いいたします。

1. 個人情報の取得、利用目的

研修申し込みの個人情報であり、主催者（筑波大学）及び事務局で利用いたします。目的以外での利用はいたしません。

2. 個人情報利用及び提供の制限

法令に基づく開示請求があった場合、本人の同意が得られた場合、その他特別な理由のある場合を除き、1の利用目的以外の目的のために自ら利用し又は第3者に提供いたしません。

3. 個人情報の開示等

ご提出いただいた個人情報の開示等のお申し出があった場合は、ご本人であることを確認させていただいた上で、速やかに対応いたします。

4. 個人情報の管理

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO20000-1, ISO9001の認証を取得している [株式会社](#) [パイブドピッツ](#)による[情報管理システム「スパイラル」](#)で安全に管理されます。

[入力内容確認画面へ](#)

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO20000-1, ISO9001の認証を取得している [株式会社パイブドピッツ](#)による[情報管理システム「スパイラル」](#)で安全に管理されます。



【お問い合わせ】

令和5年度「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」研究会事務局（オスカー・ジャパン株式会社 研修支援事業部）
〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹
TEL：0422-24-6813 FAX：0422-24-6812 電話受付時間 平日10：00-12：00 13：00-16：00
E メールアドレス：eol-kenshu@oscar-japan.com

～オスカー・ジャパン株式会社はプライバシーマーク付と事業者です<10862771(02)>～



令和5年度 厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業
Education For Implementing End-of-Life Discussion

「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会
在宅医療・施設ケア従事者版 相談員研修会」
申込フォーム

必要事項をご入力の上、送信ボタンを押してください。

申込期日：2023年7月14日(金)正午までに登録を完了させてください。

(※入力途中で正午となった場合は、登録が完了できませんのでご注意ください。)

参加希望回 *

- 第1回：令和5年10月22日(日)
 第2回：令和5年11月5日(日)
 第3回：令和5年12月3日(日)
 第4回：令和5年12月10日(日)

【お申し込みに際し】

- ・第1回～第4回全て、Zoomを使用した「オンライン形式」の研修です。
- ・定員を超える場合は厳正に選考いたします。

【WEB研修ご参加に際し】

- ・安定したインターネット環境が整備できる
 - ・パソコン、スピーカー、マイク、カメラが準備できる
 - ・最新のZoomアプリをパソコンにインストールできる
- の全てを満たすことを申し込みの前提とします。

★Zoom事前オリエンテーション
希望

- 事前オリエンテーションの参加を希望します
※Zoom事前オリエンテーションを希望される方はチェック
※日程は参加確定後にご案内いたします

姓 *

名 *

せい *

めい *

所属施設名 *

所属部署 *

役職 *

機関種別 *

- 診療所
- 訪問看護
- 200床以上の病院
- 200床未満の病院
- 居宅介護支援事業所
- 通所型介護サービス事業所
- 訪問介護
- グループホーム
- 特養・老健
- その他

> その他 (機関種別)

職種 *

- 医師
- 看護職
- MSW・PSW・CSW
- ケアマネジャー
- 介護職
- 歯科医師
- 歯科衛生士
- 栄養専門職
- リハビリ専門職
- その他

> その他 (職種)

臨床・現場経験年数 *

年 ヵ月

性別 *

- 男性
- 女性

生年月日 *

年 月 日

郵便番号(所属施設) *

 -

都道府県(所属施設) *

 ▼

住所(所属施設) *

TEL *

 - -

内線

FAX

 - -

メールアドレス *

(確認用)

※受信可能なメールアドレスを入力してください

※携帯電話のメールアドレスはお避け下さい。事務局からのご案内が届かない場合があります。

備考

個人情報の取り扱いに関する同意

*

 下記同意の上、申し込みます

【本登録の個人情報の取り扱いについて】

本登録によりご提出いただいた個人情報は、以下の方法により厳密に管理いたします。
以下の事項をご確認の上、お申し込みをお願いいたします。

1. 個人情報の取得、利用目的

本研修登録に係る個人情報であり、主催者（筑波大学）及び事務局で利用いたします。目的以外での利用はいたしません。

2. 個人情報利用及び提供の制限

法令に基づく開示請求があった場合。本人の同意が得られた場合。その他特別な理由のある場合を除き、1の利用目的以外の目的のために自ら利用し又は第三者に提供いたしません。

3. 個人情報の開示等

ご提供いただいた個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止（開示等という）のお申し出があった場合は、ご本人であることを確認させていただいた上で、速やかに対応いたします。

4. 個人情報の管理

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO27017, ISO20000-1, ISO9001などの認証を取得している株式会社パイブドピッツによる情報管理システム「スパイラル」で安全に管理されます。

[確認画面へ](#)

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO27017, ISO20000-1, ISO9001などの認証を取得している[株式会社パイブドピッツ](#)による[情報管理システム「スパイラル」](#)で安全に管理されます。



【お問い合わせ】

令和5年度「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」研修会事務局（オスカー・ジャパン株式会社 研修支援事業部）

〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹

TEL：0422-24-6813 電話受付時間 平日10：00-12：00 13：00-16：00

メールアドレス：eol-kenshu@oscar-japan.com

～オスカー・ジャパン株式会社はプライバシーマーク付事業者です<10862771(02)>～