《資格認定制度　書式Ⅳ》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※事務局使用欄 | | | |
| 施設番号 |  | 基礎番号 |  |
| 申請者ST |  |  |  |
| 年会費 |  |  |  |

ＰＥＧ・在宅医療学会　胃瘻取扱者・取扱施設資格認定制度

　　　　　　　　　　　　　　　施設資格審査申請書

※次の申請基準を満たしているか、✔により確認してください。

　　□　施設会員履歴が1年以上あり、少なくとも2年度以上の年会費を納めている。

　　□　資格認定条件細則第3条2項、認定制度意足第22条を確認、チェックシートに記載された必要書類が揃う。

　　□　嚥下機能評価が可能な施設である。（専門施設を申請する場合のみ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 申　請　日 | | 年　　　　月　　　日 | | | |
| 申請代表者氏名 | | | |  | ふりかな | | |  | 性 別 |  | 職 種 |  |
|  | | | |  |  | | |  |  |  |  | |
| ※施設会員の代表登録者でない場合は下記に代表者名を記入 | | | | | |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  | | | |  |
| 会　員　施　設　名 | | | | | | 所　属 | |  |  |
|  | | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| 勤務先住所 | | 〒　　　－ | |  |  | | | | | | | |
| 都道府県名 |  |  | 市・区以降を記入 | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | |
|  |  | 電話番号 | | | |  | FAX番号 | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | |
|  | E-mailアドレス | | | | |  | | | | | |
|  |  | ＠ | | | | | | | | | | |

申 請 資 格：各施設資格の申請には、一定数の胃瘻取扱者（個人資格を有する者）の在籍が必要です。

　 申請チェックシートで条件詳細を確認し、申請する資格の番号を○で囲んで必要事項を記入、必要な認定証コピーを

　　　　　　 　添えて申し込みをすること。

**1.**　**認定胃瘻造設施設　　　　　2.　専門胃瘻造設施設**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在籍者氏名　　　　　　　 　　種　別　　　　　　勤務形態 | | | |
| 胃 瘻 造 設 医 |  | 認定・専門 | 常勤・非常勤 |

**3.　認定胃瘻管理施設　　　　　4.　専門胃瘻管理施設**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　在籍者氏名　　　　　　　　　種　別　　　　　　勤務形態

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 胃 瘻 管 理 医 |  | 認定・専門 | 常勤・非常勤 |
| 胃 瘻 管 理 士 |  | 認定・専門 | 常勤のみ |

申請受付期間：　毎年1月4日～4月30日（消印有効）です。期間外に送付された書類は受付できません。

　書類送付先： 全ての書類はA4サイズに縮小拡大し、必ず簡易書留またはレターパック等により下記にご送付ください。

**〒534-0021　都 島 本 通 二 郵 便 局 留**　　 大阪市立総合医療センター　消化器外科内

ＰＥＧ・在宅医療学会　認定資格審査会　宛

|  |
| --- |
| 審査料の振り込み後、振込受領票をコピーしてこの欄に貼付すること。  （ネット振込みの場合は日付と受付番号を記載のこと）   * 審査料は1資格につき5,000円です。   審査合格後に別途登録料として1資格につき5,000円をお支払いただきます。 |