**産後ケア実務助産師研修修了者　申請書**

産後ケア実務助産師研修修了者の申請について、「助産師のための産後ケアガイド2023」の記載内容を理解したうえで、下記の通り申請いたします。

申請者氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請年月日** | | **西暦　　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| **都道府県** | |  | |
| **\*2**  **申請者** | **氏　名** |  | |
| **助産師会会員NO.** |  | |
| **住所** | **〒** | |
| **連絡先** | **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **\*3**  **所属先** | **名称** |  | |
| **住所** |  | |
| **申請区分** | | **①これまで産後ケアまたは新生児・乳幼児訪問に従事していない者**  **②これまでに産後ケアまたは新生児・乳児訪問に従事した経験のある者** | |
| **添付書類＊1** | | **ポートフォリオ（様式2-1）このWordファイル3頁目**  **ポートフォリオ（様式2-2）Excelファイル**  **申請者/承認者自署（様式3）画像またはPDF**  **実習修了承認書（様式4：必要な場合のみ）画像またはPDF**  **証明写真または無帽、正面撮影のPDFデータ**\*4 | |

＊1添付書類は、必要に応じて様式２・様式３・様式４を使用して作成し、添付したことを確認し☑をつけること。申請書類は、必ず自己保管してください。　様式３と様式４は、申請者と承認者の署名があるものとすること。

＊2申請者の情報は、日本助産師会会員管理情報と同一のものとしてください。（必要時申請前に更新をお願いします）

＊3所属先（勤務先の施設）がない場合は記載不要です。

＊4別紙の「写真の手引」にしたがって提出すること。**申請する研修要件の区分**

|  |  |
| --- | --- |
| **該当するひとつに✔** | **申請の区分** |
|  | ①これまで産後ケアまたは新生児・乳幼児訪問に従事していない者 |
|  | ②これまでに産後ケアまたは新生児・乳児訪問に従事した経験のある者 |

**※**手引き書P.5　2.2.1.研修要件の区分［確認フロー］を参照し、該当するひとつに✔を入れてください。

**１．産後ケアまたは新生児・乳児訪問の実務経験歴**必要時、記載欄を増やして記載してください。

②これまでに産後ケアまたは新生児・乳児訪問に従事した経験のある者に該当する場合に記入してください。

**【産後ケア】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実務経験内容（活動内容や所属先等） | | 開始年月 | 終了年月 |
| 例１） | 鳥越市産後ケアセンター | 西暦　2017年　４月 | 西暦　2019年　３月 |
| 例２） | 個人でアウトリーチ活動を実施 | 西暦 2019年　４月 | 現在 |
| ① |  | 西暦 　 年　　 月 | 西暦 　 年　　 月 |
| ② |  | 西暦 　 年　　 月 | 西暦 　 年　　 月 |
| ③ |  | 西暦 　 年　　 月 | 西暦 　 年　　 月 |

**【新生児・乳児訪問】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実務経験内容（活動内容や所属先等） | | 開始年月 | 終了年月 |
| 例１） | 新生児訪問訪問（●●市の委託） | 西暦　2015年　４月 | 現在 |
| 例２） | 乳児訪問（●●市の委託） | 西暦 2019年　４月 | 現在 |
| ① |  | 西暦 　 年　　 月 | 西暦 　 年　　 月 |
| ② |  | 西暦 　 年　　 月 | 西暦 　 年　　 月 |
| ③ |  | 西暦 　 年　　 月 | 西暦 　 年　　 月 |