**ポートフォリオ（産後ケア実務助産師研修修了者申請用）**

様式３－表紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **都道府県** | |  |
| **申請者** | **氏　名** |  |
| **所　属** |  |
| **会員NO.** |  |

＜注意事項＞

* 本ポートフォリオの記載箇所は、「必要書類対応表」「申請書類確認フロー」を参照し記載する。
* 「３．産後ケアに関する研修受講一覧」の記載にあたっては、以下に留意する。
  + 申請者が、現在（過去１年以内）、産後ケアまたは乳児・新生児訪問に従事している場合は、総計10時間の研修受講が記載されていることを確認する。また、その場合は研修の学習項目全てが網羅されている必要はない。
  + 上記以外の場合は、総計30時間の研修受講が記載されていることを確認する。
* 記載事項にもれがないか確認し、該当欄に申請者及び承認者が署名したものを提出する。

**【必要書類対応表】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式 | | 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 | ③現在（過去1年以内）、産後ケアまたは新生児・乳児訪問に従事している者 |
| 様式１ | | 〇 | 〇 | 〇 |
| 様式２ | | 〇 | 〇 | 〇 |
| 様式３ | １ | × | 〇 | 〇 |
| ２ | × | × | 〇 |
| ３ | 〇（30時間） | 〇（30時間） | ○（10時間） |
| 4 | 〇 | 〇 | 〇 |
| 様式４ | | 〇 | × | × |

**【申請書類確認フロー】**

日本助産師会の会員であり、

かつ

「今こそ知りたい　助産師のための産後ケアガイドライン」を精読し内容を理解している。

**はい**

**いいえ**

**今回は申請できません**

**はい**

**いいえ**

受けて　　いる

**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**

３０時間の研修

２日間の実習

【申請書類】

様式１

様式２

様式３-３・４

様式４

これまでに、

産後ケア、または新生児・乳児訪問に

従事した経験がある。

**③現在（過去1年以内）、産後ケアまたは**

**新生児・乳児訪問に従事している者**

１０時間の研修

受けて　　いる

【申請書類】

様式１

様式２

様式３‐１・２・３・４

現在（過去1年以内）産後ケアに１年以上従事している。

または

現在（過去1年以内）新生児・乳児訪問をのべ100件以上行っている。

**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**

３０時間の研修

受けて　　いる

【申請書類】

様式１

様式２

様式３-1・3・４

**はい**

**いいえ**

**１．産後ケアまたは新生児・乳児訪問の実務経験歴**

添付書類　様式３－１

**【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 |

必要時、記載欄を増やして記載してください。

**【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 | 訪問件数 |
| 例１） | 新生児訪問訪問（●●市の委託） | 西暦　2015年　４月 | 現在 | 150 |
| 例２） | 乳児訪問（●●市の委託） | 西暦 2019年　４月 | 現在 | 30 |
| 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 |  |

**２．現在（過去１年以内）産後ケアに従事している、または新生児・乳児訪問をのべ100件以上行っている場合**

添付書類　様式３－２

**【産後ケア：所属先がある場合】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属産後ケア施設名 | |  |
| 所属施設の産後ケア利用者数＊ | |  |
|  | ショートステイ | 人 |
| デイケア | 人 |
| アウトリーチ | 人 |

＊2019年度の利用者数の延べ人数を記載する

**【産後ケア：現在、所属先がなく産後ケアに従事している場合】**

|  |  |
| --- | --- |
| 産後ケア（アウトリーチ）実践件数＊ | 件 |

＊2019年度の実践件数（訪問のべ数）を記載する

**【新生児・乳児訪問】**

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問実践件数＊ | 件 |

＊2019年度の実践件数（訪問のべ数）を記載する

**３．産後ケアに関する研修受講一覧（学習項目対応表）**

添付書類　様式３－３

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産後ケアガイド  学習項目 | 受講研修 | | | | |
| 年月日 | テーマ | 場所 | 主催 | 時間数 |
| **①** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| **②** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| **③** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| **④** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| **⑤** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| **⑥** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| **⑦** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| **⑧** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| **⑨** | 年  月　　日 |  |  |  |  |
| 時間数合計 | | | | | 時間 |

必要時、記載欄を増やして記載してください。

**申請者及び承認者**

添付書類　様式３－４

**【申請者】**

以上の記載に間違いありません。　 　　　西暦　　　　年　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　申請者（自著）：　　　　　 　　　　　㊞

**【承認者\*1】**

以上の内容を確認し、事実と相違がないことを承認\*2いたします。

　西暦　　　　年　　　　月　　　　　日

承認者（自著）：　　　　 　　　　　㊞　　（申請者との続柄）

助産師会会員NO. 　　　　　　　　　　　　　 （申請者と所属先が同一でない場合に記載）

＊１

承認者は、申請者の所属先の上司や施設長もしくは他の助産師会会員とする。

承認者の役割は、産後ケア実務経験や研修受講について事実と相違がないことを承認することである。

承認者は申請者の上司または本会会員であり、申請者の産後ケア実務経験について事実と相違がないことを承認できる者であること。

＊２

研修受講については、申請者から証拠書類（修了証、研修領収証、研修資料、研修参加レポートなど)をもって説明をうけ、事実と相違がないことを承認すること。

申請者の産後ケア実務経験もしくは研修受講について承認できる者がいない場合は、日本助産師会認定教育運営小委員会が代理承認を行うこととする。