**申請者及び承認者**

**【申請者】**

本申請の提出書類の記載には間違いありません。

所属助産師会の会員管理システム※において、「産後ケア実務助産師研修修了者」と表示されることに同意します。

※ **【会員管理システム利用の同意】**

日本助産師会会員管理システムの研修会・セミナー申込を利用して、産後ケア実務助産師研修修了者申請の手続きを行うと、所属する都道府県助産師会の会員管理システムにおいて申請および承認されたことが表示されます。

西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

申請者（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**【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（自署）：　　　　 　　　 　　　　　　（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。

**実習修了承認書（産後ケア実務助産師研修修了者申請用）**

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

産後ケアに関する研修を30時間受講します。

上記の研修を修了したのち、日本助産師会会員の運営する産後ケア施設での実習を2日間、もしくは産後ケアアウトリーチ型による6件の実習を行います。

**産後ケア施設での実習**

|  |  |
| --- | --- |
| 産後ケア施設実習年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日　~　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 実習施設／施設長名 | ／ |

|  |  |
| --- | --- |
| 実習目標※ | 実習目標に該当する実習内容＊ |
| ①産後ケアの対象者の一般的な基準を理解できる。 |  |
| ②産後ケアに必要なアセスメントの視点を理解できる。 |  |
| ③行政や医療機関、地域の助産師等関係機関との連携について理解できる。 |  |
| ④産後ケアを実施する施設の業務管理の実際を知る。 |  |
| ⑤産後ケアの実務に触れ、産後ケア実務者に求められる態度を習得できる。 |  |

※産後ケア実務助産師研修修了者申請の手引書参照　　　＊実習施設での学習内容について、自由に記載する

**【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：　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**【実習施設承認者】**

申請者の実習は、産後ケア実務助産師研修の実習目標\*に則ったものであり、実習目標が達成されたことを承認いたします。

西暦　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　承認者（署）：　　　　　 　 　　　　　.

**アウトリーチ型での実習**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 件数 | 実習日 | 実習内容 | 指導助産師名 | 指導助産師承認署名（自署）※ |
| ① | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ② | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ③ | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ④ | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ⑤ | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| ⑥ | 西暦　　　　　年　　月　　日 |  |  |  |

**【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（自署）：　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　.

**【指導助産師（承認者）】**

申請者の実習は、産後ケア実務助産師研修の実習目標\*に則ったものであり、実習目標が達成されたことを承認いたします。

　西暦　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　承認者（自署）：　　　　　　　　 　 .

※指導助産師が、申請者のアウトリーチ型の実習が、産後ケア実務助産師研修の実習目標に則ったものであり、実習目標が達成されたことを承認する場合に署名をお願いします。