

平成20年4月1日

日本滅菌業協議会

平成20年度研修のご案内

1 ; 滅菌消毒業務受託責任者研修講習会 (財団法人医療関連サービス振興会指定研修)

- (1) 日 程 東 京：9月19日(金) および20日(土) 180名
9：30～17：30 大田区産業プラザ
大 阪：9月26日(金) および27日(土) 180名
9：00～17：00 エル・大阪
- (2) 受講受付 8月4日(月)～22日(金) 定員到達次第締切り
- (3) 受講資格 イ：医師、薬剤師、看護師など8種の指定国家資格保有者
ロ：かつ、滅菌消毒業務3年以上経験者
- (4) 受講手続 イ：添付の受講申込書(受講料振込明細の写を添付)
ロ：経歴書(写真)、資格認定証の写 この2点は当日受付へ
*申込期間終了後、受講票・プログラム・地図を送付
- (5) 受講料 滅菌協会員：¥25,000 会員外：¥35,000
*振込先 三井住友銀行 銀座支店
普通預金 1582001
日本滅菌業協議会
- (6) 資格認定 上記日程の最後に実施される筆記試験の合格者
厚生労働省、財団法人医療関連サービス振興会に氏名報告
日本滅菌業協議会ホームページに氏名公表
日本滅菌業協議会会長による修了証書発行

2 ; 滅菌消毒業務院内受託責任者研修講習会 (医療関連サービス振興会指定研修)

- (1) 日程、受講受付期間は、受託責任者と同じ。定員は上記に含む。
- (2) 受講資格 イ：昨年までの滅菌管理士認定者で院内受託責任者研修未修了者
ロ：第1種滅菌技士資格保有者
ハ：本年度滅菌管理士合格者(合格通知後院内受託責任者申込)
- (3) 受講手続 イ：添付の院内受託責任者受講申込書(振込明細の写添付)
ロ：第1種資格で受講する場合は、その認定証の写
*申込期間終了後、受講票・プログラム・地図を送付

- (4) 受講料 滅菌協会員：¥15,000 会員外：¥25,000
*振込先は受託責任者と同じ
- (5) 資格認定 受託責任者と同じ。

3 ; 滅菌消毒業務滅菌管理士 (日本滅菌業協議会指定研修)

- (1) 日 程 東 京：5月10日 (土)
9：00～17：00 日赤会館
大 阪：5月17日 (土)
9：00～17：00 此花会館
実 習：6月22日 (日)
9：30～16：30
東京、大阪会場の筆記試験合格者のみ
(合否判定会議後文書で連絡)
滅菌協指定全国17滅菌施設のいずれか
- (2) 受講受付 平成20年4月7日 (月)～18日 (金)
受付期間終了後、受講票、地図、プログラムを送付
*東京会場は手狭なので、大阪に回っていただく場合があります。(受講時点でご相談します。)
- (3) 受講資格 イ：添付の申込書 (受講料振込明細の写を添付)
ロ：添付の滅菌消毒業務従事3年以上報告書
- (4) 受講料 滅菌協会員：¥15,000、会員外：¥25,000
振込先 三井住友銀行 銀座支店
普通預金 1582001
日本滅菌業協議会
- (5) 資格認定 イ：研修日に実施する筆記試験の合格者で、実習を修了した者
ロ：最終修了者は、日本滅菌業協議会より認定証が授与されるときともに、9月に実施する「院内受託責任者」の受講資格を獲得できます。
ハ：合格者氏名を日本滅菌業協議会ホームページに掲載します。

以上

申込先FAX : 03-3574-0617

受託責任者 受講申込書

平成20年 月 日

1:受講区分	滅菌協会員 会員外	(○で囲む)
2:受講会場	東京(9月19日:金~20日:土)	(○で囲む)
	大阪(9月26日:金~27日:土)	両会場とも 9:00~17:00予定

4:下記にご記入ください

受講者氏名		ふりがな	
生年月日	年	月	日
		本籍	都道府県
指定国家資格		認定番号	
受講者住所	〒		
	ふりがな		
	TEL:	FAX:	
資料送付先	〒		
	ふりがな		
	TEL:	FAX:	
所属事業所			
住所	〒		
	TEL:		

振込明細(控)貼付欄 (整理の都合上、振込み後、申し込んで下さい。)
(企業でまとめて申し込む場合、振込み日を記入、後日振込みで可。)

申込先FAX : 03-3574-0617

院内受託責任者 受講申込書

平成 20年 月 日

1:受講区分	滅菌協会員	会員外	(○で囲む)
2:受講会場	東京(9月19日:金~20日:土) (会場を、○で囲む)		
	大阪(9月26日:金~27日:土) 両会場とも 9:00~17:00		
3:滅菌管理士認定	平19、平20、	(○で囲む)	登録番号

4:下記にご記入ください

* 滅菌管理士修了が受講資格です。

受講者氏名		ふりがな	
生年月日	年	月	日
受講者住所	〒		
	ふりがな		
	TEL:	FAX:	
資料送付先	〒		
	ふりがな		
	TEL:	FAX:	
所属事業所			
住所	〒		
	TEL:		

振込明細(控)貼付欄(整理の都合上、振込み後、申し込んで下さい。)
(企業でまとめて申し込む場合、振込み日を記入、後日振込みで可。)

申込先FAX : 03-3574-0617

滅菌管理士 受講申込書

平成 20年 月 日

1:受講区分	滅菌協会員	会員外	(○で囲む)
2:受講会場	東京(5月10日:土)	大阪(5月17日:土)	(○で囲む)
3:実務研修	6月22日(日)	希望会場	

4:下記にも記入して下さい。

受講者氏名		ふりがな	
生年月日	年	月	日
受講者住所	〒		
	ふりがな		
	TEL:	FAX:	
資料送付先	〒		
	ふりがな		
	TEL:	FAX:	
所属事業所			
住所	〒		
	TEL:		

振込明細(控)貼付欄 (整理の都合上、振込み後、申し込んで下さい。)
(企業でまとめて申し込む場合、振込み日を記入、後日振込みで可。)

申込先 日本滅菌業協議会
FAX : 03-3574-0617

平成20年 月 日

滅菌業務実務経験3年以上報告書

氏 名 ()

	期 間	滅菌業務従事場所	業務内容
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

以上の通り、相違ありません。

* 法人所属の方は、責任者の証明を受けてください。

所属企業名

役 職

氏 名

印