

平成 28 年 9 月 1 日

長野県病院薬剤師会

会長 保科 滋明 先生 御侍史

北信糖尿病デバイスインストラクター研究会  
代表世話人 長野赤十字病院 薬剤部 深井康臣  
代表顧問 篠ノ井総合病院 糖尿病センター 山内恵史  
事務局  
〒380-8582 長野県長野市若里五丁目 22 番 1 号  
長野赤十字病院 薬剤部内  
北信糖尿病デバイスインストラクター研究会事務局 代表 深井康臣  
E-mail [deviceinstructor@yahoo.co.jp](mailto:deviceinstructor@yahoo.co.jp)  
TEL 026-226-4131(代) FAX 026-224-1060 (薬剤部)

## 平成 28 年度

# 北信糖尿病デバイスインストラクター研究会

## 受講・受験者募集のお知らせ

拝啓

平素は大変にお世話頂き、誠に有難う御座います。

さて、当研究会はおかげをもちまして 5 年目を迎え、これまでに 149 名の糖尿病デバイスインストラクターを、北信地域に送り出すことが出来ました。これも一重に貴所属団体のご協力のお陰と心より感謝申し上げます。

つきましては、今年度も昨年同様に、糖尿病デバイスに特化したスペシャリスト育成と、北信地区の糖尿病治療連携を強化すべく、平成 28 年度北信糖尿病デバイスインストラクターの認定募集を行います。

是非とも、今年度も貴所属の北信地区会員の皆様へのインフォメーションを宜しくお願い申し上げます。

尚、インフォメーション頂ける場合には、**書式 I** および **書式 II** を会員まで、ご伝達頂けますようお願い申し上げます。

敬具

# 書式 I

平成 28 年度

## 北信糖尿病デバイス・インストラクター育成講習会受講・受験・募集要綱

平成 28 年度北信糖尿病デバイス・インストラクターの認定募集を行います。募集条件として、長野県北信地域にて就業している医療資格を持つメディカルスタッフであり、申し込み締め切り日時時点で、臨床実務経験 2 年以上の方のみとしています。

受講希望者は、別紙の『受講申込必要書類 請求票』\*を記載の上、事務局へ郵送してください。追って事務局より書類をお送り致しますので、必要書類を整え事務局に返送してください。

\*請求票を送って受講申込完了ではありませんのでご注意ください。書類は当会ホームページ <http://hokushin-device.kenkyuukai.jp/information/>からもダウンロード可能です。

### 1. 資料請求開始から資格認定までの大まかな流れ

9 月 1 日～9 月 30 日	事務局に書式Ⅱにて書類請求(必着)
10 月 1 日以降 ～10 月 31 日	事務局より受講希望者へ受講申し込み書類などを郵送 受講応募締め切り(当日消印有効) 受講希望者は、必要書類を事務局に郵送してください
11 月 6 日&12 月 4 日 ～翌年 1 月 6 日	第 1 回及び第 2 回育成講習会 筆記試験の提出
// 2 月 5 日	デバイス実技認定試
// 3 月中旬	認定可否の通知
// 4 月下旬	事務局より認定書を送付

- 1) 第 1 回及び第 2 回の育成講習会は必須受講です。
- 2) 第 1 回育成講習会は 1 日、第 2 回育成講習会は、午後の半日の予定です。
- 3) 筆記試験は、前もって配布した記述式セルフトレーニング問題に記入し、期限内(H29 年 1 月 6 日)に事務局まで提出してください。その後、筆記試験合格者にデバイス使用の実技試験を行います。(1 人 10-15 分)。

### 2. 資格認定までに関わる費用について

- 1) 育成講習会の受講料 3000 円を、第 1 回講習会会場にて徴収します。
- 2) 合格後、認定料として 1000 円を当会指定口座に振込んでください。

尚、受講料および認定料はいかなる場合でも返金は出来ません。また、認定料の振込みでは、支払いは個人名義での口座振込みとし、複数人でのまとめた振込はご遠慮下さい。振込みの領収書の発行は、原則出来ませんのでご了解ください。振込み明細を持って領収に代えさせていただきます。

### 3. 資格更新について

指定の講習会に規定数参加し、認定は 5 年毎の更新とする。

## 書式Ⅱ

# 受講申込必要書類 請求票

私は平成 28 年度開催される北信糖尿病デバイス・インストラクター育成講習会を受講したいので、必要書類一式を送ってください。

ふりがな *氏名	
*勤務先	
*医療資格取得後の 経過年数	
*連絡先電話番号	(            )            -

注意：\*印は必須記入事項

講習会受講を希望される方は、必要事項をご記入した本請求票、および受講者の宛名を記入した返信用封筒（長形 3 号 切手 140 円 貼付）を添えて、下記事務局へ 9 月 30 日（事務局へ必着）までに送付請求してください。

これを受けて事務局より必要書類をお送りします。

送付前のチェックリスト 全てにチェックを入れ、確認後事務局へ送付の事。

- 本請求票
- 受講者の宛名を記入した返信用封筒（長形 3 号 切手 140 円貼付）

### 事務局

〒380-8582 長野県長野市若里五丁目 22 番 1 号

長野赤十字病院 薬剤部内

北信糖尿病デバイス・インストラクター研究会 事務局

代表 深井康臣

E-mail [deviceinstructor@yahoo.co.jp](mailto:deviceinstructor@yahoo.co.jp)

TEL 026-226-4131(代) FAX 026-224-1060 (薬剤部)

※ご質問は、できるだけ E-mail にてご連絡ください。