

記入日： 年 月 日

日本医療保育学会認定「医療保育専門士」資格認定研修
受講資格チェックリスト

* 下線部や(括弧内)は記入し、該当するものは☑または○で囲んでください

■氏名： _____

■医療保育学会の会員登録年月日(入会日)： _____年 _____月 _____日

■現在、医療保育の場(医療を要する児者にかかわる施設)に勤務していますか

はい いいえ 今後、退職や任期満了等の予定がある

■医療保育の領域

病棟 病児・病後児 障害児・者 乳児院 医療的ケア児
その他(_____)

■勤務している施設名： _____

※派遣会社や兼任等で所属が異なる方は、所属する会社・施設もご記入ください

■勤務形態

常勤 非常勤 パート・アルバイト 派遣 その他(_____)

■採用の職種名

保育士 その他(保育士資格を有して、他職種で勤務)

■兼任の有無

保育士専任

兼務：①(_____)と(_____) ※例：看護助手と保育士

②保育業務で医療保育に携わる時間・日数 ※1日何時間, 週何回 など

■事例研究論文は、勤務している施設での事例が必要です。事例の使用について勤務する職場の
上司に了承を得ることはできますか。

できる できない

■事例研究論文の作成にあたり、指導を依頼できる方はいますか

いる いない

■その他、特記すべきことや確認事項がありましたらご記入ください

()

障害児者や医療的ケア児にかかわる施設に勤務する方は、以下の項目もご回答ください



【施設の概要】

■施設種別(種類)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設 | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援センター |
| <input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設 | <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター |
| <input type="checkbox"/> 障害者施設 | <input type="checkbox"/> その他() |

■対象とする障害種 : _____

■対象児者の年齢 : _____

■支援内容 : _____

■医療を要する児者の保育経験年数 _____

■医療・看護, 医療的ケアが必要な児者の有無

いる いない

■職員構成 ※勤務する職種を記載してください

・常勤 : _____

・非常勤 : _____

・嘱託 : _____

以上