

令和5年11月9日

エンバーマー各位

〒254-0013 神奈川県平塚市田村 9-9-16
一般社団法人 日本遺体衛生保全協会
TEL0463-52-0544 FAX 0463-52-0545

＜厚生労働省 令和5年度認定エンバーマー養成研修事業＞ 認定エンバーマー養成研修開催と受講申込について(お知らせ)

拝啓 紅葉の候、ますますご活躍のこととお喜び申し上げます。日頃はエンバーミングの適正な施行と発展について、ご協力賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和5年度も厚生労働省の事業として、認定エンバーマーを対象とした研修を実施することとなり、この事業実施者として当協会が今年度も選定されました。エンバーミング有識者会議の審議を経て、厚生労働省の指導の下「令和5年度認定エンバーマー養成研修」を下記の通り開催致しますので、お知らせします。

つきましては下記の要領にて受講者の申込受付を致します。受講申込に関しましては、第1回研修を希望の方は令和5年11月16日(木)迄に、第2回研修を希望の方は令和5年11月24日(金)迄に、「別紙1 受講申込書」を受講者1名ごとに1枚ご記入いただき、当協会事務局宛にメールもしくはファックスにて送信いただきますようお願い致します。

(本年度は第3回を「専門特別研修」とし、昨年までに当研修をすでに受講した研修修了者を対象として専門特別研修の受講受付をいたします。なお、第3回「専門特別研修」に関しては別途案内致します)

敬具

記

1. 日 時 ①養成研修 令和5年11月24日(金)9:00~19:30
②養成研修 令和5年12月5日(火)8:30~19:00
(認定エンバーマー養成研修の科目・内容等に関しては追って連絡します。)
2. 場 所 東京都台東区
3. 研修対象者 (1)IFSA認定エンバーマー
(2)現にIFSA認定の施設にてエンバーミングを行っている者
※今年度は経験体数に関する条件はございません、但し、処置実務経験証明書はご提出ください。
(経験年数・体数算定期限は本年10月末とする)
4. その他 (1)研修は会場とオンラインどちらでも受講が可能です。
(2)上記1の①②のいずれか1日を受講してください。
(3)研修会受講費用は徴収致しません。
(4)研修後、レポートとアンケートをご提出いただきます。

以上

【ご案内 ダウンロード版】

<別紙1 ダウンロード版>

一般社団法人 日本遺体衛生保全協会事務局 宛

令和5年度認定エンバーマー養成研修 受講申込書

第1回研修を希望の方は令和5年11月16日(木)迄に、第2回研修を希望の方は令和5年11月24日(金)迄に、受講者1名ごとに1枚ご記入いただき、当協会事務局宛にメールもしくはファックスにてご送信いただきますようお願い致します。

IFSA EMB認定番号: _____ SV・ASV認定番号: _____

氏名: _____ 所属事業者名: _____

メールアドレス ※会場参加の方には、会場案内をお送りします。
オンライン受講の方には、Zoomのアドレス・ID・パスコードをお送りします。

郵送先 ※オンライン受講の方には、実技用道具を会社(事業所)に郵送致します。
下記にオンライン受講の方のみご記入下さい。

事業所住所 〒

事業所名 : _____ 事業所Tel: _____

(使用した道具は、後日、IFSA事務局まで返却していただきます、返却がない場合は買い取り額1万円申し受けます)

候補日

① 令和5年11月24日(金) 東京開催	第 候補日	会場・オンライン
----------------------	-------	----------

② 令和5年12月 5日(火) 東京開催	第 候補日	会場・オンライン
----------------------	-------	----------

注意事項

- (1) 第1候補か第2候補かご記入いただき、会場かオンラインのどちらかに○をして下さい。
- (2) 昼食は各自で済ませて、受講してください。
- (3) オンライン受講の方は、必ず画面に名前表示(名字)と顔出しをして下さい。
ペンネームなど本人の名前が分からない、顔出しをしない場合は受講できません。

【IFSA事務局】 FAX: 0463-52-0545 メール formmail@embalming.jp

令和5年度認定エンバーマー養成研修 処置実務経験証明書

受講者名		
生年月日	(西暦) 年 月 日 (満 歳)	
性別	1. 男 (Male) 2. 女 (Female)	
現住所	〒 -	
電話番号(TEL)	()	
実務経験年数	(西暦) 年 月 ~ 2023年10月末 (実務年数 年 月)	
実務経験	事業所名	処置件数 (2023年10月末まで)
		件
		件

上記の通り相違ないことをここに証明し、申請者処置件数の証明をいたします。

上記の実務経験 所属事業会社が違う場合は、それぞれの事業会社に申請者処置件数の証明を頂いて下さい。

年 月 日

事業所住所

事業所名

代表者名

電話番号 ()

注意事項

1. この処置実務経験証明書は研修対象者受講確認に際し必要な書類です。
2. 処置実務経験年数及び処置件数は、2023年10月末までの年数・処置数を入れて下さい。
3. 今回は事業所代表者による押印不要です。
4. 本証明書にご記入いただいた個人情報につきましては、一般社団法人日本遺体衛生保全協会が、研修に関する連絡、各種情報提供の使用目的を超えて使用することはありません。
5. 本証明書記載内容は個人情報も含まれますので、出来るだけ郵送にてお送り下さい。
(〒254-0013 神奈川県平塚市田村 9-9-16 一般社団法人 日本遺体衛生保全協会 事務局宛)