

学研メディカルサポート特定行為研修  
共通科目（単体）/区分別科目・領域別パッケージ申込書

FAX

03-6431-1414

※お申し込みは、FAXをお願いします

お申し込みにあたり、裏面の「お客様個人情報の取扱いについて」「各サービスに関する規定」および「利用規約（弊社ホームページ【https://gakken-meds.jp/\_data/apply/GNS\_kiyaku.pdf】）」（以下、規約等とする）を必ずお読みください。お申し込みにあたっては規約等をご確認のうえ、下の口欄に✓(チェックマーク)を入れてください。  
☐ 規約等に同意のうえ、申し込みます。2022-10

※太枠内すべてにご記入ください。該当する項目の口欄に✓(チェックマーク)を入れてください。

お申込日	年 月 日	サービス開始月	年 月
お支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い／ <input type="checkbox"/> 月払い	ご契約月から年度末までの年度契約となります。 年度途中での解約はできませんのでご了承下さい。	
貴院病床数（届出病床数をご記入ください）		床	

※「学研メディカルサポート」と同時にお申し込みの場合、下記①～③が「学研メディカルサポート申込書」と同一内容であれば、本申込書は捺印と「貴施設名」のご記入のみお願いいたします。

①お申込施設	フリガナ					印
	貴施設名					
	フリガナ					
	ご住所	(〒 - )				
	責任者名	部署		役職		
フリガナ			TEL			
お名前		様	FAX			
E-Mail (必須)		※弊社からの重要なお知らせに利用いたしますので必ずご記入ください。				

②窓口ご担当者	※ ID・パスワード 各種資料の送付、お問い合わせをさせていただきます。 <input type="checkbox"/> 上記の責任者①と同じ ※異なる場合は下欄にご記入ください				
	<input type="checkbox"/> ①と異なる場合  窓口ご担当者名	部署		役職	
		フリガナ		TEL	
		お名前	様	FAX	
		E-Mail (必須)			

③請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記の責任者①と同じ <input type="checkbox"/> 上記の窓口ご担当者②と同じ <input type="checkbox"/> 下記の請求書ご担当者へ (※ 請求書送付の宛名に必要な欄のみご記入ください)				
	フリガナ				
	宛名	※お申込施設と異なる場合のみご記入ください。			
	ご住所	(〒 - )			
	請求書ご担当者名	部署		役職	
フリガナ			TEL		
お名前		様	FAX		

【お問い合わせはこちら】株式会社 学研メディカルサポート TEL:03-6431-1228（平日 9:00～18:00）

HAL			LMS			管理部		受付日 / /	
/	/	/	/	/	/	/	/	顧客NO	

看護師の特定行為研修（共通科目）単体

共通科目	<input type="checkbox"/> 199床以下 34,800 円/月 (指導者 20ID)	オプション	<input type="checkbox"/> ビジュアルナーシングメソッド (20,000円/月)
	<input type="checkbox"/> 200～399床 49,800 円/月 (指導者 30ID)		<input type="checkbox"/> プレミアム管理機能 (10,000円/月)
	<input type="checkbox"/> 400～599床 59,800 円/月 (指導者 40ID)		<input type="checkbox"/> 看護実践シミュレーション (10,000円/月)
	<input type="checkbox"/> 600床以上 69,800 円/月 (指導者 50ID)		<input type="checkbox"/> 看護師の特定行為研修 実践サポート※1 (10,000/月)
			<input type="checkbox"/> 認定看護師教育基準カリキュラム (B課程) 共通科目対応コース※2 (20,000円/月)

学研ナーシングサポートと同時に申し込みの場合は「学研メディカルサポート申込書」をご利用ください。  
※1 看護師の特定行為研修 実践サポートは2022年10月にサービス開始となります  
※2 認定看護師教育基準カリキュラム (B課程) 共通科目対応コースは2023年6月にサービス開始となります

区分別科目・領域別パッケージ

・区分別科目は1か月単位でのご契約が可能です。

区分別科目	開始～終了				料金
<input type="checkbox"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連	年	月～	年	月	各10,000円/月
<input type="checkbox"/> 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 心臓ドレーン管理関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 腹腔ドレーン管理関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 栄養に係るカテーテル管理 （中心静脈カテーテル管理）関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 栄養に係るカテーテル管理 （末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 創部ドレーン管理関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 透析管理関連	年	月～	年	月	各20,000円/月
<input type="checkbox"/> 術後疼痛管理関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 循環器関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン管理関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> ろう孔管理関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	年	月～	年	月	各30,000円/月
<input type="checkbox"/> 皮膚損傷に係る薬剤投与関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 創傷管理関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 循環動態に係る薬剤投与関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	年	月～	年	月	
<input type="checkbox"/> 感染に係る薬剤投与関連	年	月～	年	月	

・領域別パッケージは連続した3か月以上でのご契約となります。

<input type="checkbox"/> 在宅・慢性期領域パッケージ	年	月～	年	月	40,000円/月
<input type="checkbox"/> 術中麻酔管理領域パッケージ	年	月～	年	月	50,000円/月
<input type="checkbox"/> 救急領域パッケージ	年	月～	年	月	50,000円/月
<input type="checkbox"/> 集中治療領域パッケージ	年	月～	年	月	50,000円/月
<input type="checkbox"/> 外科系基本領域パッケージ	年	月～	年	月	60,000円/月
<input type="checkbox"/> 外科術後病棟管理領域パッケージ	年	月～	年	月	80,000円/月

●指定研修機関で、外部からの受講生もしくは協力施設に看護師の特定行為研修（共通科目、区分別科目、領域別パッケージ）以外の視聴を制限したい場合は、お手数ですが営業担当までご一報ください。

※ご質問、請求書発行に関してのご要望などございましたらご記入ください。

## 【お客様個人情報の取扱いについて】

貴院から取得させていただく個人情報について、以下の内容で取扱います。

### 1. 個人情報の利用目的

個人情報の利用目的は、以下のとおりです。

- |                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| (1) お申し込み・問い合わせ対応のため    | (2) 教育配信サービス提供のため            |
| (3) DMならびにサービス内容のご紹介のため | (4) 商品・サービスの開発・品質向上の調査・研究のため |

### 2. 個人情報の提供

取得させていただく「個人情報」は、第三者に提供はいたしません。

### 3. 個人情報の外部委託

上記 1. の利用目的の範囲内において、必要に応じて厳正に管理された委託先に個人情報の取扱いを委託する場合があります。

### 4. 取得させていただく内容および任意性について

個人情報をご提供いただくかはご本人様の任意でございますが、個人情報をご提供いただけない場合は、サービス提供に不利益を生ずることがあります。

### 5. 個人情報に関する利用目的の通知・開示・訂正・削除・利用停止・追加について

取得させていただく個人情報に関して利用目的の通知や開示をするよう請求することができます。また万一登録内容に不正確または誤りであることが判明した場合は、当社は速やかに訂正または削除に応じさせていただきます。

当社が当該情報を利用、提供している場合であっても、申込者から中止の申し出があった場合は、それ以降当社での利用、他者への提供を中止する措置をとります。

個人情報の利用目的の通知・開示・訂正・削除のお問い合わせや、利用・提供中止・追加の申し出等に関しましては、以下にご連絡ください。

株式会社 学研メディカルサポート 個人情報お問い合わせ窓口  
電話番号：03-6431-1228（平日9：00～18：00）

### 6. 当社の個人情報保護管理者

当社の個人情報保護管理者は、以下のとおりです。  
管理部 個人情報保護管理者

## 【学研ナーシングサポート（基本パッケージ及びオプションコース）・ビジュアルナーシングメソッドのサービスに関する規定】

1. ご契約月から3月末までの年度契約となります。年度途中での解約はできませんのでご了承下さい。契約期間満了の1か月前までに、お客様より弊社に対し、書面にて本サービスの利用中止のお申し出の無い限り、1年間の自動更新となり、以降も同様となります。

2. 新規のお申し込みの場合、申込書が弊社に到着した後、ご利用開始月の前月15日頃に「ご利用方法のご案内」「利用規約」等をお送りいたします。ただし、お申し込みの時期によって、当該日にお送り出来ない場合があることを予めご了承ください。

3. お申込み後、1施設につき「集合研修・ライブ視聴用ID」と「管理者専用ID」を各1個・料金に応じた個数の「教育担当者・評価者用ID」を発行いたします。

4. お申込み後、契約施設に所属している看護師（厚生労働省が認定した看護師）には、契約施設を通じて各人に「ログイン用ID・パスワード」を発行いたします。ただし、契約施設に所属する看護師を除く第三者（弊社と契約を締結していない施設や職員等）に、「ログイン用ID・パスワード」の貸与または譲渡等を行い、視聴可能とすることは固く禁じます。

5. 「ログイン用ID・パスワード」の発行を受けた看護師が退職した場合、すみやかに弊社にご連絡ください。

6. 講義視聴にあたり、インターネット回線に関するトラブルについては、弊社では責任を負いかねることを、予めご了承ください。

7. 「ビジュアルナーシングメソッド」をお申込み後、1施設につき「手順編集用ID」を10個・料金に応じた個数の「教育担当者・評価者用ID」を発行いたします。

## 【看護師の特定行為研修(共通科目・区分別科目・領域別パッケージ)のサービスに関する規定】

1. 「共通科目」については、ご契約月から3月末までの年度契約となります。10月開講の指定研修機関のお客様がお申し込みの場合は、9月末までの年度契約となります。年度途中での解約はできませんのでご了承下さい。契約期間満了の1か月前までに、お客様より弊社に対し、書面にて本サービスの利用中止のお申し出の無い限り、1年間の自動更新となり、以降も同様となります。  
「区分別科目」「領域別パッケージ」の契約については、お客様のお申し込み期間のうち、当社が承諾した期間とするものとします。

2. 新規のお申し込みの場合、申込書が弊社に到着した後、ご利用開始月の前月15日頃に「ご利用方法のご案内」「利用規約」等をお送りいたします。ただし、お申し込みの時期によって、当該日にお送り出来ない場合があることを予めご了承ください。

3. お申込み後、料金に応じた個数の「指導者用ID」を発行いたします。「看護師の特定行為研修」の各サービスを単体でお申し込みの場合は、加えて「集合研修・ライブ視聴用ID」と「管理者専用ID」を各1個、発行いたします。

4. 契約施設に所属している看護師（厚生労働省が認定した看護師）には、契約施設を通じて各人に「ログイン用ID・パスワード」を発行いたします。  
なお、契約施設に所属する看護師を除く第三者（弊社と契約を締結していない施設や職員等）に、「ログイン用ID・パスワード」の貸与または譲渡等を行い、視聴可能とすることは固く禁じます。  
ただし、契約施設が指定研修機関の指定を受けている場合であって、契約施設以外の病院・施設に所属する看護師を対象に特定行為研修を実施する場合において、特定行為研修を研修の一環として、契約施設以外の看護師に、本サービスに係るeラーニングを受講させる場合には、契約施設以外の看護師を含むものとします。

5. 「ログイン用ID・パスワード」の発行を受けた看護師が退職した場合、すみやかに弊社にご連絡ください。

6. 講義視聴にあたり、インターネット回線に関するトラブルについては、弊社では責任を負いかねることを、予めご了承ください。

7. 学校法人等の無病床施設については、指導者用ID数に応じた料金帯での年度契約となります。ただし、有床施設を傘下にもつ法人本部によるお申し込みの場合、全施設の合算病床数に応じた料金帯での契約となります。



**学研メディカルサポートは個人情報の取扱いを適切に行う企業としてプライバシーマークの使用を認められた認定事業者です。**

※プライバシーマーク制度は、日本工業規格「JIS Q 15001個人情報保護マネジメントシステム—要求事項」に適合して、個人情報について適切な保護措置を講ずる体制を整備している事業者等を認定して、その旨を示すプライバシーマークを付与し、事業活動に関してプライバシーマークの使用を認める制度です。

お問い合わせ

**株式会社 学研メディカルサポート**

〒141-8414 東京都品川区西五反田2-11-8 電話：03-6431-1228（平日9：00～18：00）