

2-14 研修会:「報告時書類等」記載例・注意事項

実施報告について

研修会の実施状況について確認(審査)します。報告書類を期限までにお送りください。審査料は不要です。

- **報告書類(5点)**
 - (1)実施報告書
 - (2)プログラム(当日使用した実物見本)
 - (3)参加証(参加者に配付した実物見本)
 - (4)参加証配付者名簿
 - (5)配布資料等(なければ不要)
- **提出期限**

実施後、概ね1カ月以内

※Web型研修では、参加者に参加証を送付後、到着確認・問い合わせ対応等が完了してから提出してください。
- **書類送付先・方法**

〒113-0033 東京都文京区本郷 2-30-7 本郷T&Sビル4階 CDEJ 認定機構
レターパック・宅配便等、追跡のできる方法でお送りください。本機構への直接持参はご遠慮ください。

※封筒に「実施報告書在中」とお書きください。複数の「実施報告書」を同封することは差し支えありませんが、「報告書」と「申請書」は同封しないようにしてください。

実施報告書について⇒p.2

プログラム等(研修会の内容のわかる資料)について⇒p.3

参加証(報告時見本)について⇒p.3

参加証配付者名簿について⇒p.4～5

配布資料について⇒p.5

2-14 研修会:実施報告書について(指定書式、改変不可)

- ❑ 指定の用紙に記載してください。書式改変不可。
- ❑ 中止の場合も必ず提出してください。特記事項欄に「中止の旨と理由」を記載してください。その他の書類は提出不要です。

【記載例】

集會型、Web型
どちらか該当するほうに○

申請者/担当者本人が
確認の上、個人印を直接押印

受付番号/認定番号(単位数)ー R0000 / Web25-0000 (1)

(提出日) 2025 年 7 月 25 日

2.申請時の申請者(必須) 研修 太郎 印

申請者所属(勤務先) ○○病院 ○○科

3.連絡先(申請者と異なる場合のみ記入) 研究 一郎 印

連絡先所属(勤務先) 株式会社××製薬 ××事業部

CDEJ認定更新のための研修会
実施報告書

4.研修会の名称 第20回糖尿病研修会Webセミナー 申請時/認定時の名称
「回」「年度」「Web開催」等記
載漏れに注意

5.主催団体・共催団体 ○○糖尿病研究会、看護□□研究会、△△薬剤師会、
株式会社××製薬

6.実施日時 2025 年 9 月 14 日 (土) 15 時 30 分
～ 年 月 日 () 18 時 50 分
実質研修時間 : 3 時間 10 分
(※挨拶・休憩・製品紹介等および予定外延長は含まない)

7.会場名/配信拠点・配信方法 (都道府県 ○○会館・Microsoft Teams (東京 都道府県))

8.参加者実数・参加証配付枚数 参加者 50 人 ・ 参加証配付枚数 30 枚

9.参加証への参加者氏名印字 (右に☑) した していない (Web型研修会の参加証は、氏名印字なしは無効です)

10.「CDEJへの案内」スライド上映 (右に☑) した していない 参加証配付名簿に記載した人(CDEJ)の数

11.特記事項
講演●の演者である○○先生が急病のため、◎◎先生に変更になりました。講演内容は変わっていません。

開催中止となったときは、
中止の旨と理由を記載

12.その他資料として以下のものを必ず添付してください。

- ① プログラム
- ② 実際に配付した「参加証(主催印押印)」の原本1枚(1群用があれば1群用も添付)
- ③ 参加証配付者名簿(氏名、CDEJ認定番号 or 勤務先、職種、キーワード提出状況を記載)
- ④ その他、参加者への配布資料

ver.2510
※書式の変更不可

もれなく記入してください

2-14 研修会:プログラム等(研修会の内容のわかる資料)について

- 当日使用したものを提出してください。

2-14 研修会:参加証(報告時見本)について

- 参加者に配付したのと同じもの(認定番号が印字され、公印が押されたもの)を提出してください。

【:2-14 専用(Web 型)】

第 20 回糖尿病研修会 Web セミナー
参加証

あなたが本研修会に参加したことを証明します。

1. 参加者名: 認定 花子

※Web 型研修で、氏名印字していないものは無効

2. 主催(共催)団体名:
○○糖尿病研究会、看護□□研究会、△△薬剤師会、株式会社××製薬

3. 開催年月日・時間:
2025 年 9 月 14 日(土)15:30~18:50

4. 実質研修時間:3 時間 10 分

本研修会は CDEJ 認定機構より
「認定更新のための研修会(研修コード 2-14:上限 8 単位)」
<第 2 群>として認定されています。

5. 認定番号:Web25-XXXX

6. 認定単位数:1 単位

2025 年 9 月 18 日

7. ○○糖尿病研究会
代表世話人 研修 太郎 印

※1 枚 1 枚押印していないものは無効

□ 1. 参加者名

- ・**集会型**:配付時に参加自身が記名したのであれば空欄でも可
- ・**Web 型**:「認定花子」と**印字**して提出。

2-14 研修会:参加証配付者名簿について

- ❑ 参加証を配付した CDEJ の名簿を作成してください。CDEJ 以外の方(医師等)は名簿から除いてください。
- ❑ 「参加者氏名」「認定番号(もしくは勤務先)」「職種」(Web 型研修の場合は左記に加え「キーワード提出状況」)が正しく記載されていれば、書式は問いません。
- ❑ 参加証配付者名簿の差し替えはできません。

【記載例:集会型】

| 「CDEJ 認定更新のための研修会」(2-14 研修会) 参加証配付者名簿 集会型 | | |
|---|--|--|
| 研修会名 第 20 回糖尿病研修会 | | |
| 開催日 2025 年 9 月 14 日 | 研修会 認定番号 25-0000 | 認定単位数 1 単位 |
| CDEJ 氏名 <small>参加証配布/受領した方のみ記入</small> | CDEJ 認定番号(数字 5 桁) <small>不明の場合は勤務先名必須</small> | 職種 <small>(該当するものに○)</small> |
| 1 田△ △史 | 3***9 | ○看・栄・業・検・理 |
| 2 藤△ △美 | △△クリニック | ○看・栄・業・検・理 |
| 3 池△ 舞 | 09**2 | ○看 栄・業・検・理 |
| 4 山△ △也 | 3***9 | 看・栄・業・検・理 |
| 5 市△ △一 | 3***9 | 看・○栄・業・検・理 |
| 6 野△ 英之 | 06**8 | 看 ○栄・業・検・理 |
| 7 今△ 順 | 08**6 | 看・栄・業・検・理 <small>医師</small> |
| 8 上△ △香 | 1***2 | 看 ○栄・業・検・理 |
| 9 田△ △△子 | 2***0 | 看・栄・業・検・○理 |
| 10 犬△ △明 | 9***9 | 看・栄・業・検・理 |
| 11 田△ △賀 | △△薬局 | 看・栄・○業・検・理 |
| 12 川△ △子 | 09**1 | 看・栄・業・検・○理 |
| 13 佐△ △△子 | 04**6 | ○看・栄・業・検・理 |
| 14 小△ 誠 | 2***2 | 看・○栄・業・検・理 |
| 15 堀△ △子 | | 看・栄・業・検・理 |

..... 1 枚目/全..... 4 枚

CDEJ 認定機構 24/02

職種不明
対象外

5 職種以外
対象外

CDEJ 認定番
号でない
対象外

認定番号・勤務先不明
対象外

【記載例:Web型】

| 「CDEJ 認定更新のための研修会」(2-14 研修会) 参加証配付者名簿 Web型 | | | | |
|--|--|---|----------------|-------------------------------------|
| 研修会名 第20回糖尿病研修会 Webセミナー | | | | |
| 開催日 | 2025年9月14日 | 認定番号 | Web25-0000 | |
| | | 認定単位数 | 1単位 | |
| | CDEJ氏名 <small>参加証配布/受領した方のみ記入</small> | CDEJ認定番号(数字5桁) <small>不明の場合は勤務先名必須</small> | 職種 | キーワード 提出状況 |
| 1 | 田○ ○史 | 3×××9 | 看護師 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | 藤○ ○美 | ○○クリニック | 看護師 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | 池○ 舞 | 09××2 | 看護師 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | 山○ ○也 | 3×××9 | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 市○ ○一 | 3×××9 | 管理栄養士 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | 野○ 英之 | 06××8 | 管理栄養士 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 | 今○ ○順 | 08××6 | 医師 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 上○ ○香 | 1×××2 | 管理栄養士 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 | 田○ ○○子 | 2×××0 | 理学療法士 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 | 犬○ ○明 | 2×××9 | 薬剤師 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 田○ ○賀 | ○○薬局 | 薬剤師 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 | 川○ ○子 | 09××1 | 理学療法士 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 | 佐○ ○○子 | 04××6 | 看護師 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 小○ 誠 | 2×××2 | 管理栄養士 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 | 堀○ ○子 | | 看護師 | <input type="checkbox"/> |

..... 1 枚目/全..... 4 枚

CDEJ 認定機構 24/2

職種不明
対象外

5 職種以外
対象外

CDEJ 認定番号でない
対象外

キーワード未提出
対象外

認定番号・勤務先不明
対象外

2-14 研修会:配布資料について

- 当日配布した資料を提出してください。なければ不要です。