

【様式 gc2-1】

大学院認定遺伝カウンセラー養成専門課程 認定審査申請書

西暦 年 月 日

認定遺伝カウンセラー制度委員会 殿

本養成課程は認定遺伝カウンセラーの養成を目的に本学大学院に設置された専門課程です。添付書類に記載のとおり、本養成課程は教育内容が認定遺伝カウンセラー制度委員会による養成専門課程としての機能を十分にそなえていると考えますので、必要書類を添えて申請します。

(フリガナ) 養成課程 正式名称	()		
養成課程所在地	〒	電話 :	FAX :
本部所在地 (同上なら記載不要)	〒	電話 :	FAX :
(フリガナ) 研究科長 職名・氏名	職名・氏名		公印
(フリガナ) 養成課程 責任者名	所属・職名・氏名		印
養成課程 Web ページアドレス	http://www.		
事務連絡先	担当者氏名 : 所属部・課(科)名 : 電話 : FAX : E-mail :		
認定養成課程 登録番号*	P -	初回登録年月日*	
初回登録期限*	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		

注意事項

- 1) ワープロもしくは黒インク又は黒のボールペンを使用し楷書で記入して下さい。
- 2) *の欄は記入しないで下さい。

必要書類チェックリスト

- 認定審査申請書 (あり ・ なし)
- チェックリスト (本用紙) (あり ・ なし)
- 養成課程状況報告書 (あり ・ なし)
- 別表 1_教員リスト (あり ・ なし)
- 別表 2_科目リスト (あり ・ なし)
- 別表 3_コンピテンシー対応表 (あり ・ なし)
- 別表 4_シラバス URL (あり ・ なし)
- 別表 5_時間配分表 (あり ・ なし)
- 別表 6_実習施設リスト (あり ・ なし)
- 別表 7_実習等担当者リスト (あり ・ なし)
- 大学院による養成課程設置証明書 (あり ・ なし)

養成課程状況報告書

I. 養成課程の正式名称：

II. 養成課程の責任者名（所属及び職名）：

III. 養成課程の概要

※新規申請では、設置予定年月日と開講予定日を記載して下さい。

設置予定年月日：

開講予定日：

1. 大学組織の中での位置づけ

1-a. 大学組織における養成課程の位置づけ（大学組織図を添付する場合、養成課程を明示すること）

1-b. 教員組織¹（別表1に記入）

1-c. 専任教員における認定遺伝カウンセラーおよび臨床遺伝専門医の比率（実人数で記載すること）

認定遺伝カウンセラー：臨床遺伝専門医：それ以外の教員＝ ： ：

¹ 認定遺伝カウンセラーおよび臨床遺伝専門医は、認定証のコピーを別添で提出して下さい。

2. 教育理念

2-a. 取得可能な学位

2-b. ディプロマポリシー（大学院および養成課程）

<大学院>

<養成課程>

2-c. カリキュラムポリシー（大学院および養成課程）

<大学院>

<養成課程>

3. 到達目標とカリキュラム

- 3-a. 修了に必要な単位数 および 単位上限の有無（有れば単位上限数を記載）
- 3-b. 科目およびその分類（必修科目・選択必修科目・選択科目）（別表 2 に記入）
- 3-c. 科目とコンピテンシーの対応²、および系統的・段階的な履修の提示（別表 3 に記入）
- 3-d. シラバス（授業の内容・方法、履修要件、到達レベル、成績評定基準等）³
[PDF を添付もしくは別表 4 に URL を記入すること（前年度の内容で可）]
- 3-e. 授業時間の設定（別表 5 に記入）

² 全てのコンピテンシーを習得できるようにカリキュラムを構成して下さい。アドミッションポリシーとして入学前にそのコンピテンシーを習得していると見做せる場合にはその旨を本項目に記載下さい。

³ 開設前等で準備ができていない場合は、授業の内容・方法、履修要件、到達レベル、成績評定基準等を学内のシラバスの様式に基づいて作成して下さい。

4. 実習指導体制

- 4-a. 実習施設一覧（別表 6 に記入：アーリーエクスポージャーや企業見学などは除く）⁴
- 4-b. 大学院と実習施設、臨床指導者との連携（連携及び契約の方法について記載すること）
- 4-c. 教員以外の臨床実習担当者^{5, 6}（別表 7 に記入）
- 4-d. 臨床実習におけるリスクマネジメント体制
- 4-e. 臨床実習におけるスーパービジョン体制

5. 成績評価

- 5-a. 評価基準の周知

⁴ 実習施設との受け入れの契約書、あるいは許可証など、受入体制を証明できる書面を添付して提出して下さい。

⁵ 実習施設の臨床指導責任者（1名、原則として臨床遺伝専門医）および認定遺伝カウンセラーの代表者（複数可）を記載して下さい。

⁶ 認定遺伝カウンセラーおよび臨床遺伝専門医、また、それらの指導者および指導医は、それぞれの認定証のコピーを提出して下さい。

6. 大学院の運営体制⁷

6-a. ファカルティ・デベロップメント (FD)の実施状況：

6-b. 学生による授業評価の方法：

6-c. 学内の学修支援部署の名称：

6-d. 学内の生活支援部署の名称：

6-e. 学内の健康相談部署の名称：

6-f. 学内のハラスメント相談部署の名称：

6-g. 学内の進路相談部署の名称：

⁷ 大学として実施・設置されている事項について記載して下さい。

7. 学生の定員と選抜入試の概要

7-a. アドミッションポリシー（大学院および養成課程）

<大学院>

<養成課程>

7-b. 選抜基準⁸

7-c. 選抜手続き（試験科目等）

7-d. アドミッションポリシー、選抜基準、および選抜手続きの検証システム

7-e. 募集人数

7-f. 在籍学生数と専任教員の比率⁹

⁸ 細かい合格基準点数などを記載するのではなく、入学者の選抜基準が明確に定められているかどうかを記載して下さい。

⁹新規申請の場合、予定される最大数で記載して下さい。

8. 施設、設備、教育支援¹⁰

8-a. 教室（専用・共用）

8-b. 自習室（専用・共用）

8-c. 教員室（専用・共用）

8-d. 事務室（専用・共用）

8-e. 遺伝カウンセリングに関わる蔵書

8-f. 共用 PC の台数

9. 大学の規程（養成課程設置の根拠となる学則）¹¹

¹⁰ これらの部屋の有無、有れば養成課程専用か、大学の他コースなどとの共用であるかについて記載して下さい。共用 PC は台数を記載して下さい。

¹¹ 大学院の設置に関する学則がわかるよう、PDF を添付もしくは URL を記載して下さい。

証 明 書

本学大学院研究科では、認定遺伝カウンセラー制度に則った養成課程を設置していることを証明します。

西暦 年 月 日

大学院名

所在地

研究科長職名

研究科長氏名

公印