|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和元年度 東京都入退院時連携強化研修申込書　受講申込書** | | | | | | | | | | | | | |
| **募集対象** | | | **訪問看護師** | | | | | | | | | | |
| **希望日程** ※希望日程のｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄに 　○をご記入ください | | | 第1希望 | | | Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ | | | 第3希望 | | Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ | | |
| 第2希望 | | | Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ | | | 第4希望 | | Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ | | |
| **※第2希望以降は任意ですが、参加可能な日程があればできるだけ記載してください** | | | | | | | | | | | | | |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | **年　齢** | | **性　別** |
| **氏　名** |  | | | | | | | | | | 才 | | 男・女 |
| **事業所番号** | |  | | | | | | | | | | | |
| **事業所名**　（※正式名称） | | | | | | | | | | | | | |
| **所属部署名** | | | | | | | | **職位** | | **職種** | | | |
| **事業所住所**　　　　〒　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | | | | | | | |
| 東京都 |  | 区　市 | | |  | | | | | | | | |
| 町　村 | | |
| **事業所での役割・担当** | | | | | | | | | | | | | |
| **経験年数・勤続年数** | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師経験年数 | | | | 年 | | | 訪問看護師経験年数 | | | | | 年 | |
| **受講動機**　（複数回答可；該当する番号に○をご記入ください） | | | | | | | | | | | | | |
| 1．入退院支援に関する知識や動向、課題を知りたい 2．病院における入退院支援の現状を知りたい 3．地域の他職種における取組を知りたい 4．病院と地域の医療・介護関係者との連携・協働の仕方を学びたい5．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

個人情報の取扱いについて、東京都看護協会の個人情報管理規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。

研修のお申込みに際して提供していただく個人情報に関して、研修に伴う書類作成・発送に用い、この利用範囲を超えて取り扱うことはいたしません。