|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和２年度 東京都入退院時連携強化研修申込書** | | | | | | | | | | | | | | |
| **募集対象** | | | | **老人保健施設担当者** | | | | | | | | | | |
| **希望日程** ※希望日程のｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄに 　〇をご記入ください | | | | **第1希望** | | Ａ・Ｂ・Ｃ | | | **第２希望** | | Ａ・Ｂ・Ｃ | **第３希望** | | Ａ・Ｂ・Ｃ |
| **※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** | |
| **受 講 者**  **氏　名** |  | | | | | | | | | | | | 才 | |
| **オンライン研修用のメールアドレス**  **（必須）** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | |
| 老人保健施設の入退所に係る  担当経験年数 | | | | | | | 年 | | | 事業所勤務年数 | | | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| **老人保健施設協会からの推薦理由** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **推薦者職位・氏名** | | 印 | | | | | | | | | | | | |

別紙２

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。