|  |
| --- |
| **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。