宮崎県看護協会　**入退院支援看護師養成研修　申込書**

**様式 ３**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  | 受講決定通知は、応募期間終了後20日以内に施設の責任者宛に郵送でお知らせします。　 |
| 所属施設 | 名称： |
| 住所：〒 |
| TEL（　　　　　　　　　　　　　　）　FAX（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職種 | [ ] 保健師　　　[ ] 助産師　　　[ ] 看護師　　 |
| 職位 | [ ] 看護師長 　　[ ] 副看護師長　　 [ ] 主任　 　[ ] スタッフ[ ] その他（　　　 　　　） |
| 入退院支援加算分類 | [ ] 入退院支援加算１　　　[ ] 入退院支援加算２　　　[ ] 入退院支援加算３ |
| 所属部署名 | [ ] 病棟　　[ ] 外来　　[ ] 地域連携室　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　） |
| 勤務部署の病棟区分 | [ ] 高度急性期　　[ ] 一般急性期　　[ ] 地域包括ケア病棟　[ ] 回復期リハビリテーション病棟　　[ ] 療養病棟　　[ ] 精神病床　　[ ] それ以外 |
| 退院支援におけるあなたの役割 | [ ] 退院調整部門で専任または専従の役割を担っている[ ] 今後、退院調整部門で専任または専従の役割を担う予定[ ] 病棟または外来で、退院支援の中心的な役割を担っている[ ] 今後、病棟または外来で退院支援の中心的な役割を担う予定[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実務経験 | 看護実務経験年数（　　　　年）退院支援・調整部門での経験　[ ] 無　　[ ] 有…年数（　　　　年） |
| 受講動機 | 300字以内にまとめる　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **受講料支払い方法を右から選択　　　　　　１　コンビニ決済　　　　　2　指定銀行振込** |

マナブルで申し込めない場合のみ、各施設で取りまとめて郵送をお願いします

＊該当するものにチェックをしてください。

＊この情報は「入退院支援看護師養成研修」に関わる以外の目的には使用しません。