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。