**様式 3**

2020年度宮崎県看護協会**退院支援看護師養成研修　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  |
| 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） |
| 実習施設の確保について | ご自身で実習施設（訪問看護ステーション）を確保し、日程等の調整を行っていただきます。  　私は受講決定後に、実習施設の確保と日程の調整を行います  ＊実習施設・日程の決定後に、実習依頼文書は実習施設へ協会が送付します |
| 看護職賠償保険加入  の有無 | 加入している　　　手続中　　　　＊加入が受講の必須条件です |
| 宮崎県看護協会入会  の有無 | 会員…宮崎県会員番号（　　　　　　　　）　　　　　手続中  非会員 |
| 受講動機 |  |
| 推薦理由 | 推薦順位  推薦者役職　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 |

**各施設で取りまとめて郵送をお願いします**

＊該当するものに印、又は記入をしてください

＊この情報は「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