**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