

平成29年度 都医学研夏のセミナー「難病の地域ケアコース」 応募用紙

平成 年 月 日

フリガナ 氏名・年代	(歳代)		
所属機関	所属の種類	<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 政令指定都市 <input type="checkbox"/> 中核市 <input type="checkbox"/> 特別区 <input type="checkbox"/> その他政令市	
	所属名	名称:	
	所在地	〒	
		Tel:	Fax:
連絡先	所属機関 ・ その他 (受講決定通知の送付先を○で囲んでください) ・その他の場合には、その連絡先を記入してください。 〒 住所 Tel: Fax: E-mail: (E-mailは事前連絡等に使用します。アドレスを必ずご記入ください。) ・緊急の連絡をする場合もありますので、差し支えなければ下記をご記入ください。 自宅Tel: 携帯Tel:		
主な職歴と保健活動の実施体制等を教えてください (該当する□に☑をつけ、該当事項をご記入ください) ・保健師歴【 年 ヲ月】 難病業務担当歴(累積年数)【 年 ヲ月】*セミナー参加時現在 ・今年度、難病の業務を担当していますか <input type="checkbox"/> はい→下記にお応えください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 今年度より担当 <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前に経験あり:今回 回め <input type="checkbox"/> 昨年度以前より担当 【H 年度より担当 今回 回め】 ・難病業務は <input type="checkbox"/> 業務担当制【 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任】 <input type="checkbox"/> 地区担当者が難病の企画も実施 <input type="checkbox"/> 難病担当はなし ・難病の個別支援は <input type="checkbox"/> 業務担当者が実施 <input type="checkbox"/> 地区担当者が実施 <input type="checkbox"/> その他: ・貴都道府県・保健所設置市における保健師の人材育成研修に、難病に関連するものはありますか <input type="checkbox"/> はい 【受講経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・貴所属機関以外が実施する「難病の保健活動にかかる研修に参加したことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【具体的な名称など: 】 ・現在、難病の保健活動に関して相談できる同僚や機関はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい【具体的に: 】			
・難病対策地域協議会の実施 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・難病対策地域協議会についての成果や課題、疑問など(自由記載):			
今までに難病の地域診断ツール(難病の地域アセスメントツール)を使用した経験がありますか 1. はい(平成 年度版) 2. いいえ 3. わからない			
応募の理由(難病の保健活動に関連して抱えている課題、セミナーへの期待など)			
(空白行)			
(空白行)			

応募締切 平成29年4月25日(火) 必着

参加費用について所属指定の領収書が必要な方は、指定様式を同封してください。

※ ご記入いただいた個人情報は、個人が特定されないように記号化・数値化して、本セミナーの運営や、評価にかかわる研究等に使用し、本目的以外には使用いたしません。