都医学研夏のセミナー「難病の地域ケアコース」2019.6.11～6.14　応募用紙

　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年代 | （　　　　歳代） |
| 氏　　名 |  |
| メールアドレス |  |
| 所属機関（受講決定通知の送り先となります） | 所属の種類所属名 | [ ] 都道府県　[ ] 政令指定都市　[ ] 中核市　[ ] 特別区　[ ] その他政令市名称： |
| 住　所連絡先 | 〒　Tel：　　　　　　　　　　　Fax:　 |
| 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　　ヵ月】　難病業務担当歴（累積年数）【　　　年　　ヵ月】＊セミナー参加時点 ・今年度、難病の業務を担当していますか　　　[ ] はい→下記にお応えください　　[ ] いいえ　　　　　[ ] 今年度より担当　　　　【[ ] はじめて　[ ] 以前に経験あり：今回　　　回め】 　 [ ] 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　[ ] 業務担当制【[ ] 専任　　[ ] 兼任】　[ ] 地区担当者が難病の企画も実施　[ ] 難病担当はなし　★難病の個別支援は　　[ ] 業務担当者が実施　[ ] 地区担当者が実施　[ ] その他：　★貴自治体内での難病担当保健師の連絡会　[ ] なし　　[ ] あり　【回数：　　回／年程度】★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　[ ] はい　【受講経験　[ ] あり　[ ] なし】　　[ ] いいえ　　　[ ] 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　　　　　[ ] いいえ　　[ ] 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　[ ] いいえ　[ ] はい【具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| ★難病対策地域協議会の実施　[ ] あり　[ ] なし【 [ ] 関連する会議体あり　会議名等：　　　　　　　　　　】　★難病対策地域協議や関連会議について、その議題や成果、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　　[ ] はい(平成　　　年度版)　　　　 [ ] いいえ　　　　　[ ] 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を教えてください） |
|  |
|  |
|  |

**□　応募締切　　２０１９年４月１９日（金）メール必着**

* **参加費用について所属指定の領収書が必要な方は、指定様式をメール添付してください。**

**※　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。**

**※　★印にかかる事項につきましては、セミナー演習時に受講生間で共有いたします。**