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。**