平成３０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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名・年代 | | （　　　　歳代） | |
| 所属機関 | | 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： |
| 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　　ヵ月】　難病業務担当歴（累積年数）【　　　年　　ヵ月】＊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　　　□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　□なし　□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  　　□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） | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**□　応募締切　　平成３０年４月２４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。**