令和5年度感染症対策出向支援　申込シート

申込日：2023年　プルダウン月　プルダウン日

|  |
| --- |
| 施設情報 |
| 施設名 |  |
| 住所 | 郵便番号：住　　所： |
| 所属地区 | プルダウン |
| 電話番号 |  |
| 感染症に関して |
| 施設内で5年以内にアウトブレイクがあったか | プルダウン |
| 千葉県のクラスター対策班の支援を受けたことがあるか | プルダウン |
| 申込者情報 |
| 氏名(かな) |  |
| 氏名 |  |
| メールアドレス |  |
| 職種 | プルダウン　(その他職種　　　　　　　　　) |
| 担当者情報(申込者と担当者が同一の場合、記入不要) |
| 氏名(かな) |  |
| 氏名 |  |
| メールアドレス |  |
| 職種 | プルダウン |
| 申込に関して |
| 第一希望 | プルダウン月　プルダウン日（プルダウン）　　：　～　：　 |
| 第二希望 | プルダウン月　プルダウン日（プルダウン）　　：　～　：　 |
| 第三希望 | プルダウン月　プルダウン日（プルダウン）　　：　～　：　 |
| 参加予定人数 | 　　　　　名程度（看護職以外の参加予定　プルダウン） |
| 支援希望内容(具体的に) | 希望形式 |
|  | プルダウン |
|  | プルダウン |
|  | プルダウン |
|  | プルダウン |
|  | プルダウン |
| 講師への質問および備考 |  |

以下の項目についてご確認ください。

* 申込に関して

申込シート1頁目は、講師と共有します。

本支援は、下記期間内のうち月～金(祝祭日を除く)で行います。

時間は半日以内で応相談とします。

第一期申込

支援実施希望日は、7月3日(月)～9月29日(金)の期間でご指定ください。

第二期申込

支援実施希望日は、9月1日(金)～2月29日(木)の期間でご指定ください。

* 本支援に使用する会場や必要物品の用意、資料印刷は申込者様でお願いします。
* 支援当日は、講師と協会職員がご施設に伺います。
* 当協会の活動の記録と広報のため、協会職員が写真を撮影します。

患者様や利用者様等の肖像権に配慮し、個人が特定されない範囲で協会ホームページや広報誌に

掲載する場合があります。

* 費用は、支援日以降に当協会指定口座にお振込みください。

なお、金額は以下のとおりです。

1. 会員施設　10,000円
2. 非会員施設　30,000円

看護協会会員が在籍している場合は、その方の氏名と会員番号をご記入ください。

※会員番号が不明な場合は、氏名と生年月日をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 会員番号(6桁) |  |
| 生年月日 |  |

* 講師謝金(交通費を含む)は、当協会から講師へお支払いします。

お問い合わせ

公益社団法人　千葉県看護協会　事業第一課　齋藤

TEL：043-245-0025(09:00～17:00)　FAX：043-248-7246　MAIL：jigyou1-3@cna.or.jp