

看護職のWLB推進事業 アドバイザー派遣に関する申込書

(1)施設名 :	
(2)施設住所:〒	
TEL	FAX
E-mail	
(3)担当者:職位() 氏名()	
(4)施設の現況等 :令和2年4月1日現在の状況をご記入ください。	
① 標榜診療科名: ()	
② 許可病床数等 : 一般()床、 精神()床、 療養()床、 感染症()床 結核()床	
③ 看護職員等数(産休・育休・病休者等含む)	
ア:保健師・助産師・看護師・准看護師 : 正規職員 ()名 ・非正規職員 ()名	
イ:看護補助者 : 正規職員 ()名 ・非正規職員 ()名	
(5)下記について記述してください。	
①希望するテーマまたはテーマとして考えるキーワード ()	
②申込動機と希望する支援内容等	
(6)その他	
①希望する派遣形態・・・どちらかに○印をつけてください	
()オンライン型(支援者はWeb会議システムを通して支援を行う) …インターネット接続、パソコン、Webカメラ・マイク(パソコン内蔵可)が必要です	
()訪問型(支援者が貴施設を訪問して支援を行う)	
②事務局への連絡事項があれば記入してください	

* 希望テーマにより、追加で情報確認させていただく場合があります。