

＜令和3年度 看護職員定着促進支援事業＞  
アウトリーチ型定着促進支援 応募票

お申込はFAXで下記までお願いいたします。  
FAX番号 03-6276-7701

**応募締切 令和3年4月9日(金)16:00必着**

当病院は、アウトリーチ型支援を受けるため、東京都看護師等就業協力員の派遣を希望します。

ふりがな

施設長名:

印

### 1 施設の概要

病院名

病院の所在地

郵便番号(            -            )

住所

電話番号

ファクシミリ番号

支援窓口責任者(看護部(科)長等)名 【職名】

ふりがな  
【氏名】

### 2 施設の病床数

医療法上の許可病床数      計(      床)

一般	医療療養	介護療養	地域包括	回復リハ	精神	その他
床	床	床	床	床	床	床

### 3 東京都看護師等就業協力員による支援について

希望する支援内容

本事業に期待することやその他ご意見等、ご記入ください。