

令和3年度「職場体験会協力施設」応募票

東京都ナースプラザ所長 殿

当施設は、募集要領に基づいて「職場体験会協力施設」に応募いたします。

令和 年 月 日

施設名 _____

代表者 役職・氏名 _____

施設種別 ※ 該当する種別に○をしてください。

1. 慢性期病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 特別養護老人ホーム（特養）
5. 介護老人保健施設（老健） 6. 介護医療院 7. 有料老人ホーム 8. 小規模多機能施設
9. デイサービス 10. 訪問看護ステーション 11. その他（ ）

住所 〒

_____ 最寄駅 _____ (線) _____ (駅)

連絡先 担当者 役職・氏名 _____

電話番号 _____ F A X _____

メールアドレス _____

- 【要件】** 1 当該施設において50歳以上の看護師が勤務している
2 当該施設の運営を3年以上行っている
3 直近3年間に外部監査からの指導や改善命令が入っていない
(改善報告を行っている場合は、要件を満たす事とする)

応募するにあたり以下について、ご回答願います。

- 1 貴施設における看護職員数（内訳として50歳以上の看護職員数も記載してください。）

看護職員 総数	内 訳		
	50～59歳	60～64歳	65歳以上
人	人	人	人

- 2 施設(当該事業)運営開始年月

昭和・平成・令和 ()年 ()月

- 3 直近3年における各法に基づく立入検査・指導検査の指摘・指導事項について、該当する方にご回答ください。

指摘・指導事項 なし

あり ⇒ 改善報告を ()年 ()月に行った