**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　　※　該当する種別に〇をしてください。

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 　　　ＦＡＸ

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　　　　　人 | 内　訳 |  |  |
| ５０～５９歳 | ６０～６４歳 | ６５歳以上 |
| 　　　　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