

# 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

法人名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_

代表者：役職・氏名  
(協力施設登録証の宛名) \_\_\_\_\_

施設種別 ※ 該当する種別に○をしてください。

1. 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. 看護小規模多機能施設  
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 \_\_\_\_\_  
またはバス停 \_\_\_\_\_

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	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