

＜令和 5 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

◆メールでの送信の場合は、記入後、次のアドレスに送信をお願いします。
shien@np-tokyo.jp

◆FAXの場合は応募票に直接記入していただき、下記へをお願いします。
FAX番号 03-6276-7701

応募締め切り 令和5年5月31日(水)

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 _____	第 () 医療圏
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】 _____
メールアドレス _____	

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。

(問い合わせ先) 公益社団法人東京都看護協会・東京都ナースプラザ
看護師等確保対策事業係 03-6276-1718