

春日部市医療介護職人財バンク(春バンク)申込書

申込日 令和 年 月 日

(ふりがな) 氏名		
連絡先	mail	
	電話	【事業所・自宅・携帯】(いずれかに○)
	FAX	
職種 (いずれかに○)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 保健師 ・ 看護師 歯科衛生士 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 管理栄養士 ・ 社会福祉士 ・ 精神保健福祉士	
勤務先の事業所名		
上記の職で、在宅における実務経験	有 ・ 無	
上記の職種での実務経験年数	3年未満 ・ 3～6年 ・ 7～9年 ・ 10年以上	
上記の職以外で、保有する資格	※1有 ・ 無	
※1の資格		
地域ケア会議について		
出席可能曜日 (あてはまるもの全てに○)	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	
出席可能時間 (あてはまるもの全てに○)	1. 9:30 ～ 10:30 2. 10:00 ～ 11:00 3. 10:30 ～ 11:30 4. 13:00 ～ 14:00 5. 13:30 ～ 14:30 6. 14:00 ～ 15:00 7. 14:30 ～ 15:30	
今まで地域ケア会議に参加した事	ある ・ ない	
地域ケア会議の講習会・研修会への参加経験	ある ・ ない	
助言・指導可能分野 【得意分野などを記入】 (例、嚥下摂食・精神疾患・ 運動器全般・栄養管理など)		
【その他、春バンク登録にあたってのご要望等ありましたら、記載してください】		
【春バンクからのお願い】 春バンクより、派遣依頼のメールが届いた際には、参加または不参加についての返信をお忘れなくお願い致します。		