No.

**申込書別紙**

　　派遣元自治体（　　　　　　　　　　）　 氏名（　　　　　　　　 　　　　　　）

**１.　以下の①～③のうち、あなたの立場はどれにあてはまりますか。（1つだけに〇）**

|  |  |
| --- | --- |
| ①　都道府県・指定都市・中核市・保健所政令市・特別区において、本庁において統括的役割を担う保健師  （※１） |  |
| ② ①に該当する者がいない場合には、保健所、保健センター、各行政区の保健部門、保健福祉部門または企画調整部門に配置されている統括的役割を担う保健師（※２） |  |
| ③　次年度から本庁の統括保健師に就任予定の管理期保健師（※３） |  |

（※１）本庁に配置されている統括保健師の場合

（※２）自治体の統括保健師が本庁に配置されておらず本庁以外に配置されているが、本庁の統括保健師としての役割を担っている場合

（※３）選考にあたっては上記①②が優先される

**２.　１．で①、②と回答された方にお尋ねします。あなたは統括保健師に就任して何年目ですか。**

（令和7年4月1日に統括保健師に就任した場合、１年目と記載）

|  |
| --- |
| **（　　　　　　　　　）年目** |

**３.　あなたは当院の公衆衛生看護研修（管理期）を受講したことがありますか。**

　**はい、の場合は受講年度を和暦で記載ください。**

|  |
| --- |
| １．はい（　　　　　年度）　　　　　２．いいえ |

**４. 研修への専念についてお尋ねします。（あてはまる項目に〇）**

|  |  |
| --- | --- |
| １）事前に遠隔講義動画の視聴と7月上旬に事前準備資料の提出が必要になります。これらの事前準備を行うことは可能ですか。 | １．はい  ２．いいえ |
| ２）研修修了要件には4日間の出席が必要ですが、全日程、研修に専念できますか。~~出席できますか~~（緊急の場合を除き、欠席（一部含む）・遅刻・早退は認めません）。 | １．はい  ２．いいえ |

**５. 2040年以降の地域を見据えた時に、あなたの所属自治体にどのような課題があるのかを考え、****これら課題に対応する地域保健活動を推進するために統括保健師として求められる役割について、簡潔にお書きください。**

**１）所属自治体の課題**

・

・

・

・

**２）上記課題に対応する地域保健活動を推進するために統括保健師として求められる役割**

・

お忙しいところご回答頂きまして、ありがとうございました。

【記載上の留意点】

１）A4サイズ２枚以内にまとめて作成し、受講申込書に添えて提出して下さい。

（※フォントは変更しないでください）。

２）本レポートは、受講可否選定資料の一部と致します。