

令和5年度東京都認知症対応力向上研修Ⅲ

申込マニュアル

① 申込の URL にアクセスすると、申請者のメールアドレスの入力を求められます。メールアドレス入力の上、送信ボタンをクリックします。

令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III受講申込

入力フォーム - メール認証

1 入力 2 メール送信完了

メールアドレス登録及び認証をお願いします。

メールアドレスが正しく登録できることを確認します。お客様が受信可能なメールアドレスを入力し、送信ボタンを押してください。

メールアドレス 必須 0 / 128

[→ 送信](#)

本サイトでの送信者様の個人情報はデジタルのSSLにより保護しており、デジタルの認証情報によりサイトの運営者、企業・組織の法的責任性、物理的実在性を証明しています。

令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III受講申込

入力フォーム - メール認証

✓ 入力 2 メール送信完了

認証メール送信完了

ご入力いただいたメールアドレス宛にメールをお送りしました。
メール内に記載されたURLをクリックして、回答を始めてください。

② 以下のようなメールが、①で入力したメールアドレス宛に送られますので、URL をクリックします。

2023/11/13 (月) 19:51
no-reply@logoform.jp
フォームURLのご案内 - 令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III受講申込

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。
※お手続きはまだ完了していません。本文をお読みの上、お手続きを続行してください。

お客様のメールアドレス認証が完了しました。
引き続き、以下のURLをクリックしてフォームへの回答をお願いします。

https://logoform.jp/f/JTdW6/1736596?key=6c385fd5d28a0a47dfe72108966dfca041c8783c66cc6088b79eb84c0986d9f&auth=6sRcb8RANmBvtADEYn9lrcrqpWPQy-1WjhZQesaiF9dqFZGHM20w30dF9c-GT3zSYEKYrkbuP7sAGe885sNCgMvTNRoeBOMzHPFnUaV2gqzrvQgcw-DQ07ICWISp8Zcmdr-YgyyNScGB7Fcb_03IA

※お手続きURLの有効期限は24時間です。
有効期限が切れた場合はお手数ですが、再度お申し込みをお願いいたします。

③ 以下のような入力画面が開きますので、必要事項を入力します。

令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III受講申込

入力フォーム

1 入力

2 確認

3 完了

下記のフォームにご入力をお願いします。

「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III」

研修日時

講義 令和6年1月中旬予定
(詳細は受講決定時にお知らせいたします。)

演習 令和6年2月23日(金・祝)
午前の部(午前9時から午後1時10分まで) または
午後の部(午後2時10分から午後6時20分まで) のどちらか一方

開催方法

講義 オンライン型
(オンデマンド配信(令和6年1月中旬に一定期間講義を収録した動画を配信し、その間にご覧いただけます))

演習 会場集合型
(会場住所: 新宿区西新宿8-17-1 住友不動産新宿グランドタワー5階
ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター RoomG)

※講義と演習の両方とも受講された方のみ修了者といたします。

※演習については、事務局で午前の部または午後の部に受講者の振り分けをするため、どちらも参加可能な方のみお申込みをお願いします。

定員

120名程度

研修対象者

以下(1)(2)の条件を全て満たすもの

- (1) 東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員(師長級以上の職員、又は病院等の認知症ケアの改善に向けた取組の企画等を担当している職員)
- (2) 「東京都看護師認知症対応力向上研修II」の修了者

○受講前に下記の受講環境が整っているかをご確認ください。

・インターネット環境

・マイクとカメラが内蔵されたパソコン

(パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨します。)

○申込期間中のキャンセルについては、申込後に送信される受付完了メール記載のURLから手続きを行うことが可能です。

○申込期間終了後のキャンセルについては、下記担当までメールでご連絡ください。

○申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。

【問合せ先】

東京都 福祉局 高齢者施策推進部

在宅支援課 認知症支援担当

S1140603@section.metro.tokyo.jp

(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。)

募集要項 ほか

[01 【別紙1】 R5看護師III募集要項](#)

[02 【別紙2】 R5看護師III講義カリキュラム](#)

[03 【別紙3】 R5看護師III演習・午前カリキュラム](#)

[04 【別紙4】 R5看護師III演習・午後カリキュラム](#)

[05 【別紙5】 R5東京都看護師認知症対応力向上研修の体系について](#)

[06 【別紙6】 R5東京都看護師認知症対応力向上研修III Q & A](#)

[07 【別紙7】 R5申込マニュアル](#)

申し込み内容の入力

操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要事項を入力した後、「確認画面へ進む」ボタンを押してください。
途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「入力内容を一時保存する」ボタンを押してください。

注意事項

必須マークがある項目は、必ず入力してください。

Q1. この研修は、東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員のみ受講可能です。東京都内の病院もしくは有床診療所で勤務していますか（介護老人保健施設・特別養護老人ホーム等に勤務されていると受講できません。） **必須**

はい

Q2. この研修は、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」の修了者のみ受講可能です。「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」を修了していますか。 **必須**

はい

Q3. 下記の受講環境が整っていますか。

- ・インターネット環境
 - ・マイクとカメラが内蔵されたパソコン
- （パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨します。） **必須**

はい

Q4. 演習について、午前の方または午後の方のいずれにも参加可能ですか。

必須

はい

Q5. 受講希望者の氏名を入力してください。

氏名

氏 **必須**

山田

名 **必須**

太郎

2 / 64

2 / 64

氏フリガナ **必須**

ヤマダ

名フリガナ **必須**

タロウ

3 / 64

3 / 64

Q6. 受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号

電話番号 **必須**
0312345678

10 / 15

Q7. 【Q4でご入力いただいたものに他に連絡可能な電話番号がある場合】受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号

電話番号
09012345678

11 / 15

Q8. 受講希望者のメールアドレスを入力してください。 **必須**

メールアドレス

メールアドレス **必須**
Yamada@gmail.com

16 / 128

メールアドレス (確認) **必須**
Yamada@gmail.com

16 / 128

Q9. 【Q6でご入力いただいたものに他に連絡可能なメールアドレスがある場合】受講希望者のメールアドレスを入力してください。

メールアドレス

メールアドレス
Taro@gmail.com

14 / 128

メールアドレス (確認)
Taro@gmail.com

14 / 128

Q10. 受講希望者の職種を入力してください。 **必須**

看護師長 看護副師長 看護主任 看護副主任 看護師 その他

Q11. 受講希望者の職級を入力してください。 **必須**

部長・副部長級 師長・副師長・課長級 係長・主任・副主任級 一般

Q12. 【受講希望者の職級が「係長・主任・副主任級」もしくは「一般」である場合】病院全体の認知症ケアの改善に向け、院内で担当されている業務の具体的な内容をご記載ください。

例)病棟内における認知症ケアの相談・助言担当

0 / 60000

Q13. 受講希望者の勤務場所を入力してください。 **必須**

病棟（一般病棟） 病棟（精神病棟） 病棟（療養病棟） 病棟（その他病棟） その他

Q14. 認知症ケアに係る業務年数を入力してください。 **必須**

20

Q15. 【令和5年度第2回以前の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講済の場合】受講希望者の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱの修了証書番号を入力してください。修了証書番号は、研修修了証書の右上に記載されています。不明な場合は空欄で結構です。

1234

Q16. 【令和5年度第3回以降の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講する場合】受講希望者の演習受講回を選択してください。不明な場合は空欄で結構です。

【第3回】11月12日（日）午前 【第3回】11月12日（日）午後 【第4回】11月26日（日）午前 【第4回】11月26日（日）午後

Q17. 【令和5年度第3回以降の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講する場合】受講希望者の班番号及び受講番号を入力してください。不明な場合は空欄で結構です。

A05

3 / 60000

Q18. ご所属の医療機関の名称を入力してください。 **必須**

都庁病院

4 / 100

Q19. ご所属の医療機関の住所を入力してください。

住所

郵便番号 **必須**
1600023

都道府県 **必須**
東京都

X

市区町村 **必須**
新宿区

7 / 8

3 / 64

番地 **必須**
西新宿2-8-1

マンション・部屋番号

8 / 64

0 / 64

Q20. ご所属の医療機関の研修担当者の氏名を入力してください。

担当者

氏 **必須**

東京

名 **必須**

花子

2 / 64

2 / 64

氏フリガナ **必須**
トウキョウ

名フリガナ **必須**
ハナコ

5 / 64

例) タロウ

3 / 64

Q21. ご所属の医療機関の研修担当者の所属を入力してください。

担当者

部署名 **必須**

総務部総務課

6 / 64

Q22. ご所属の医療機関の研修担当者の役職を入力してください。 **必須**

研修担当

4 / 60000

Q23. ご所属の医療機関の研修担当者の電話番号を入力してください(申込内容に不備等があった場合、研修ご担当者様へ連絡する場合がございます)。 **必須**

会社電話番号

電話番号 **必須**

042212345678

例) 0300000000

12 / 15

Q24. 今回のお申込みの受付完了メールをごちのメールアドレス宛に送信します。

受付完了メールが届かない場合は、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。（確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。）

必須

メールアドレス

Yasuko_Oono@member.metro.tokyo.jp

メールアドレス (確認)

Yasuko_Oono@member.metro.tokyo.jp

33 / 128

33 / 128

Q25. お申し込み後の画面表示または受付完了メールに記載の「受付番号」は受講決定まで必要になります。必ず控えを保存してください。 必須

了解しました。

Q26. 申請状況の確認・申込期間中のキャンセルについては、受付完了メールに記載のURLから手続きを行うことが可能です。上記の手続きを行う可能性がある場合は、受付完了メールを削除しないでください。 必須

了解しました。

Q27. 申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。（確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。） 必須

了解しました。

Q28. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。 必須

了解しました。

→ 確認画面へ進む

入力内容を一時保存する

④ 入力が完了しますと、確認画面が開きます。お間違いなければ、画面下部の「送信」ボタンをクリックしてください。

令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III受講申込

入力フォーム

1 入力 2 確認 3 完了

入力内容確認

「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III」

研修日時
講義 令和6年1月中旬予定
(詳細は受講決定時にお知らせいたします。)
演習 令和6年2月23日(金・祝)
午前の部(午前9時から午後1時10分まで) または
午後の部(午後2時10分から午後6時20分まで) のどちらか一方

開催方法
講義 オンライン型
(オンデマンド配信(令和6年1月中旬に一定期間講義を収録した動画を配信し、その間にご覧いただけます))
演習 会場集合型
(会場住所: 新宿区西新宿8-17-1 住友不動産新宿グランドタワー5階
ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター RoomG)

※講義と演習の両方とも受講された方のみ修了者といたします。
※演習については、事務局で午前の部または午後の部に受講者の振り分けをするため、どちらも参加可能な方のみお申込みをお願いいたします。

定員
120名程度

研修対象者

以下(1)(2)の条件を全て満たすもの
(1) 東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員(幹長級以上の職員、又は病院等の認知症ケアの改善に向けた取組の企画等を担当している職員)
(2) 「東京都看護師認知症対応力向上研修II」の修了者

受講前に下記の受講環境が整っているかをご確認ください。
・インターネット環境
・マイクとカメラが内蔵されたパソコン
(パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨します。)

申込期間中のキャンセルについては、申込後に送信される受付完了メール記載のURLから手続きを行うことが可能です。

申込期間終了後のキャンセルについては、下記担当までメールでご連絡ください。

申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。

【問合せ先】
東京都 福祉局 高齢者施策推進部
在宅支援課 認知症支援担当
S1140603@section.metro.tokyo.jp
(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問合せを受けられない場合がございます。)

Q1. この研修は、東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員のみ受講可能です。東京都内の病院もしくは有床診療所で勤務していますか(介護老人保健施設・特別養護老人ホーム等に勤務されていると受講できません。)
はい

Q2. この研修は、「東京都看護師認知症対応力向上研修II」の修了者のみ受講可能です。「東京都看護師認知症対応力向上研修II」を修了していますか。
はい

Q3. 下記の受講環境が整っていますか。
・インターネット環境
・マイクとカメラが内蔵されたパソコン
(パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨します。)
はい

Q4. 演習について、午前または午後の部のいずれにも参加可能ですか。
はい

Q5. 受講希望者の氏名を入力してください。

氏名	山田 太郎
氏名フリガナ	ヤマダ タロウ

Q6. 受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号	0312345678
------	------------

Q7. 【Q4でご入力いただいたものの他に連絡可能な電話番号がある場合】受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号 09012345678

Q8. 受講希望者のメールアドレスを入力してください。

メールアドレス Yamada@gmail.com

Q9. 【Q6でご入力いただいたものの他に連絡可能なメールアドレスがある場合】受講希望者のメールアドレスを入力してください。

メールアドレス Taro@gmail.com

Q10. 受講希望者の職種を入力してください。

看護部長

Q11. 受講希望者の職級を入力してください。

師長・副師長・課長級

Q12. 【受講希望者の職級が「係長・主任・副主任級」もしくは「一般」である場合】病院全体の認知症ケアの改善に向け、院内で担当されている業務の具体的な内容をご記載ください。

Q13. 受講希望者の勤務場所を入力してください。

病棟（一般病棟）

Q14. 認知症ケアに係る業務年数を入力してください。

20

Q15. 【令和5年度第2回以前の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講済の場合】受講希望者の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱの修了証書番号を入力してください。

修了証書番号は、研修修了証書の右上に記載されています。不明な場合は空欄で結構です。 1,234

Q16. 【令和5年度第3回以降の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講する場合】受講希望者の演習受講回を選択してください。

不明な場合は空欄で結構です。 【第3回】11月12日（日）午前

Q17. 【令和5年度第3回以降の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講する場合】受講希望者の班番号及び受講番号を入力してください。

不明な場合は空欄で結構です。 A05

Q18. ご所属の医療機関の名称を入力してください。

都庁病院

Q19. ご所属の医療機関の住所を入力してください。

住所 〒1600023 東京都 新宿区 西新宿2-8-1

Q20. ご所属の医療機関の研修担当者の氏名を入力してください。

担当者氏名 東京 花子
担当者氏名フリガナ トウキョウ ハナコ

Q21. ご所属の医療機関の研修担当者の所属を入力してください。

担当者部署名 総務部総務課

Q22. ご所属の医療機関の研修担当者の役職を入力してください。

研修担当

Q23. ご所属の医療機関の研修担当者の電話番号を入力してください(申込内容に不備等があった場合、研修ご担当者様へ連絡する場合がございます)。

会社電話番号 042212345678

Q24. 今回のお申込みの受付完了メールをこちらのメールアドレス宛に送信します。受付完了メールが届かない場合は、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。（確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。）

メールアドレス Yasuko_Onono@member.metro.tokyo.jp

Q25. お申し込み後の画面表示または受付完了メールに記載の「受付番号」は受講決定まで必要になります。必ず控えを保存してください。

了解しました。

Q26. 申請状況の確認・申込期間中のキャンセルについては、受付完了メールに記載のURLから手続きを行うことが可能です。上記の手続きを行う可能性がある場合は、受付完了メールを削除しないでください。

了解しました。

Q27. 申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。（確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。）

了解しました。

Q28. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。

了解しました。

← 1つ前の画面に戻る **送信**

⑤ 入力を途中で中断したい場合は、ページ下部の「入力内容を一時保存する」をクリックします。その上で、当初の申請 URL から再アクセスしますと、前回まで入力した部分の途中から入力していくことが可能です。

Q25. お申し込み後の画面表示または受付完了メールに記載の「受付番号」は受講決定まで必要になります。必ず控えを保存してください。 **必須**

了解しました。

Q26. 申請状況の確認・申込期間中のキャンセルについては、受付完了メールに記載のURLから手続きを行うことが可能です。上記の手続きを行う可能性がある場合は、受付完了メールを削除しないでください。 **必須**

了解しました。

Q27. 申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。（確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。） **必須**

了解しました。

Q28. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。 **必須**

了解しました。

[→ 確認画面へ進む](#) [入力内容を一時保存する](#)

Yasuko_Oono@member.metro.tokyo.jp 33 / 128 33 / 128

Q25. お申し込み後の画面表示または受付完了メールに記載の「受付番号」は受講決定まで必要になります。必ず控えを保存してください。 **必須**

了解しました。

Q26. 申請状況の確認・申込期間中のキャンセルについては、受付完了メールに記載のURLから手続きを行うことが可能です。上記の手続きを行う可能性がある場合は、受付完了メールを削除しないでください。 **必須**

了解しました。

一時保存完了
入力内容を一時保存しました。次回同じブラウザでアクセスした際に、続きから再開することができます。

了解しました。

Q27. 申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。（確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。） **必須**

了解しました。

Q28. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。 **必須**

了解しました。

[→ 確認画面へ進む](#) [入力内容を一時保存する](#)

2023/11/13 (月) 19:51
no-reply@logoform.jp
フォームURLのご案内 - 令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ受講申込

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。
※お手続きはまだ完了していません。本文をお読みの上、お手続きを続行してください。

お客様のメールアドレス認証が完了しました。
引き続き、以下のURLにアクセスしてフォームへの回答をお願いします。

[https://logoform.jp/f/JTdW6/1736596?key=6c385fd5d28a0a47dfef72108966dfca041c8783c66cc6088b79eb84c0986d9f&auth=6sRcb8RANmBytADEYn9lccrqpWPQy-1WjhZQesaiF9dqFZGHMzOw3Ud...T3ySYEKYrkbU7sAGe88s8NcGmVTNB0eBOMzHPFnUaV2gqzrvQgcw-DQQT7ICWISP8Zcmdr-YgyyNScGB7Fcb_O3IA](https://logoform.jp/f/JTdW6/1736596?key=6c385fd5d28a0a47dfef72108966dfca041c8783c66cc6088b79eb84c0986d9f&auth=6sRcb8RANmBytADEYn9lccrqpWPQy-1WjhZQesaiF9dqFZGHMzOw3Ud...)

※お手続きURLの有効期限は24時間です。
有効期限が切れた場合はお手数ですが、再度メール認証からやり直していただきますようお願いいたします。

当初の申請 URL から再アクセスします。

入力フォーム

1 入力

2 確認

下記のフォームにご入力をお願いします。

「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III」

研修日時

講義 令和6年1月中旬予定
(詳細は受講決定時にお知らせいたします。)

演習 令和6年2月23日(金・祝)

午前の部(午前9時から午後1時10分まで)

午後の部(午後2時10分から午後6時20分まで)

開催方法

講義 オンライン型

(オンデマンド配信(令和6年1月中旬に一定期間講義を収録した動画を配信し、その間にご覧いただけます))

演習 会場集合型

(会場住所: 新宿区西新宿8-17-1 住友不動産新宿グランドタワー5階
ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター RoomG)

続きから再開

前回、途中で入力した内容があります。途中から再開しますか?

途中から再開する

再開せず最初から入力し直す

こちらの画面が開きます。

⑦ 受付が完了すると、完了画面が表示され、以下のようなメールが届きます。メールが届かない場合は、Mail : S1140603@section.metro.tokyo.jp 宛にお問合せください（確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがございます。）。

令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ受講申込

2023/11/20 (月) 13:15
no-reply@logoform.jp
送信完了 - 令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ受講申込 [受付番号:TS00000734]
宛先

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

お申込みありがとうございました。

フォーム名:
令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ 受講申込

受付番号:
TS00000734

以下の URL で随時申請状況の照会ができます。また何らかの理由で申請の取消をする場合は取消ができます。
https://logoform.jp/status/inquiry/A-licAE2xKMQbGS2zEm6NKcNJQV77Cj3dbfH9zBOSRM?receipt_num=TS00000734&key=d9ef36aa3ede295394ad8c6c1879d40639488d9e9ad1829601d078b8bef4c37d

以下、入力内容です。

▼ 「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ」

▼ Q1. この研修は、東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員のみ受講可能です。東京都内の病院もしくは有床診療所で勤務していますか（介護老人保健施設・特別養護老人ホーム等に勤務していると受講できません。）。

はい

▼ Q2. この研修は、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」の修了者のみ受講可能です。「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」を修了していますか。

はい

▼ Q3. 下記の受講環境が整っていますか。

- ・インターネット環境
 - ・マイクとカメラが内蔵されたパソコン
- （パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi 環境での受講を推奨します。）

はい

▼ Q4. 演習について、午前の部または午後の部のいずれにも参加可能ですか。

はい

▼ Q5. 受講希望者の氏名を入力してください。

氏名: 山田 太郎

氏名フリガナ: ヤマダ タロウ

▼ Q6. 受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号: 0312345678

▼ Q7. 【Q4 でご入力いただいたものの他に連絡可能な電話番号がある場合】受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号: 09012345678

▼ Q8. 受講希望者のメールアドレスを入力してください。

メールアドレス: Yamada@gmail.com

▼ Q9. 【Q6 でご入力いただいたものの他に連絡可能なメールアドレスがある場合】受講希望者のメールアドレスを入力してください。

メールアドレス: Taro@gmail.com

▼ Q10. 受講希望者の職種を入力してください。

看護師長

▼ Q11. 受講希望者の職級を入力してください。

師長・副師長・課長級

▼ Q12. 【受講希望者の職級が「係長・主任・副主任級」もしくは「一般」である場合】病院全体の認知症ケアの改善に向け、院内で担当されている業務の具体的な内容をご記載ください。

▼ Q13. 受講希望者の勤務場所を入力してください。

病棟（一般病床）

▼ Q14. 認知症ケアに係る業務年数を入力してください。

20

▼ Q15. 【令和5年度第2回以前の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講済の場合】受講希望者の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱの修了証書番号を入力してください。

修了証書番号は、研修修了証書の右上に記載されています。不明な場合は空欄で結構です。: 1234

▼ Q16. 【令和5年度第3回以降の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講する場合】受講希望者の演習受講回を選択してください。

不明な場合は空欄で結構です。: 【第3回】11月12日（日）午前

▼ Q17. 【令和5年度第3回以降の東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱを受講する場合】受講希望者の班番号及び受講番号を入力してください。

不明な場合は空欄で結構です。: A05

▼ Q18. ご所属の医療機関の名称を入力してください。

都庁病院

▼ Q19. ご所属の医療機関の住所を入力してください。

住所: 160-0023 東京都 新宿区

西新宿 2-8-1

▼ Q20. ご所属の医療機関の研修担当者の氏名を入力してください。

担当者氏名: 東京 花子

担当者氏名フリガナ: トウキョウ ハナコ

▼ Q21. ご所属の医療機関の研修担当者の所属を入力してください。
担当者部署名: 総務部総務課

▼ Q22. ご所属の医療機関の研修担当者の役職を入力してください。
研修担当

▼ Q23. ご所属の医療機関の研修担当者の電話番号を入力してください(申込内容に不備等があった場合、研修ご担当者様へ連絡する場合がございます)。
会社電話番号: 042212345678

▼ Q24. 今回のお申込みの受付完了メールをご自身のメールアドレス宛に送信します。
受付完了メールが届かない場合は、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。)
メールアドレス: Yasuko_Oono@member.metro.tokyo.jp

▼ Q25. お申し込み後の画面表示または受付完了メールに記載の「受付番号」は受講決定まで必要になります。必ず控えを保存してください。
了解しました。

▼ Q26. 申請状況の確認・申込期間中のキャンセルについては、受付完了メールに記載の URL から手続きを行うことが可能です。上記の手続きを行う可能性がある場合は、受付完了メールを削除しないでください。
了解しました。

▼ Q27. 申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できない場合がございます。)
了解しました。

▼ Q28. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。
了解しました。

⑧ 申込期間中については、申請をキャンセルされたい場合は、受付完了メール記載の URL からアクセスし、キャンセルの手続きをしてください。

申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jp までお問合せください(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがございます。)



2023/11/20 (月) 13:15

no-reply@logoform.jp

送信完了 - 令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ受講申込 [受付番号:TS00000734]

宛先

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

お申込みありがとうございました。

フォーム名:

令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ受講申込

受付番号:

TS00000734

以下URLにて随時申請状況の照会ができます。また何らかの理由で申請の取消をする場合は取消ができます。

https://logoform.jp/status/inquiry/A-licAE2xKMqBGSz2Em6NKcNJQV77Cj3dbfH9zBOSRM?receipt_num=TS00000734&key=d9ef36aa3ede295394ad8c6c1879d40639488d9e9ad1829601d078b8bef4c37d

以下、入力内容です。

▼ 「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ」

令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ受講申込

申請状況照会フォーム

1 入力 2 照会 3 結果

お客様の申請状況を確認するためには、お控えいただいている 受付番号 を確認して照会ボタンを押してください。

受付番号

10 / 16

→ 照会

令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ受講申込

申請状況照会フォーム

1 入力 2 照会 3 結果

申請状況

ご入力いただいた受付番号の申請が見つかりました。

受付番号: TS00000734

現在の申請状況: 受付

申請を取り消したい場合は、以下の「申請を取り消す」ボタンを押してください。

→ 申請を取り消す

申請状況照会フォーム

1 入力

2 照会

3 結果

結果

申請を取り消しました。