令和5年度東京都認知症対応力向上研修 II

申込マニュアル

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



15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。



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

1 入力 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
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 (詳細は受賞がと時にお知らせいたします。) (詳細は受賞がと時にお知らせいたします。) (資留 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きます)) 酒習 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略 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護された方のみ修了者といたします。 ※演習については、事務局で午前の顧または午後の邸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(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。)
〇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。
〇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。
〇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皿について」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皿について」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。)
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
- <u>06 【別紙6】R5東京都看護師認知症対応力向上研修IIIQ&A</u>
- 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。
(本家学) 必須マークがある頃目は、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 ④ ほい
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 ④ 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 ③ 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。 必須
● はい
05 受講差望者の氏名を入力してください。
氏名
氏 20 名 20
2/64
氏フリカナ 🖗 名フリカナ 🖗 ヤマダ タロウ
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} 0312345678 10/15
Q7. Q4でこ人力いたたいたものの他に連絡可能な電話番号かめる場合)交話希望者の電話番号を人力してくたさい。
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 (確認) 800 Yamada@gmail.com 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 メールアドレス メールアドレス (編録)
Taro@gmail.com Taro@gmail.com
14/128 14/128
 ・ ・ ・
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。 <mark>必須</mark>	
 ● 病棟(一般病床) ○ 病棟(隔巻病床) ○ 病棟(その他病床) ○ 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。 <mark>必須</mark>	
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 終了証券目は、研修修T証表の方とに互換されています。不明な場合は空間で結果です。	さい。
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IE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時間です。	
 ●【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 	
Q1/. 1 〒和 5 平底市 3 回以降の東京都有機師認知征対応刀向上対修 II	
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 影響音 (2018)	
1000023 #7.mb) X * #fitte 7/8 7/8	3 / 64
^{長戦} 2019 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。	
	27.64
2/04 荒フリカナ <u>6月</u> 各フリカナ 6月 トロキョロ リーナー	27.64
ドクエヨク パンコ 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	
^{お集る} (28) 総務印刷 (27) 総務 (11) (27) (27) (27) (27) (27) (27) (27) (27	
	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	
会社電話階号	
Na 50 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	
11) Y2VVVVVVV	

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
修正について」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正について」の記載がない場合、お問合せを受付できないことかごさいます。)
<u>必須</u> メールアドレス (単約) 第1
Yasuko_Oono@member.metro.tokyo.jp 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」は受諾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
○ 7解UsUte
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。
○ T解Uました。
Q27.申込期関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 対応力向上研修皿について」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皿について」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。) 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さいます。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。



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111受講申込
```

	የ እከጋォーム
- -	入力 2 確認 3 完了
Pieto status biological distance Pieto	NL JE REPO
	「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修III」
Pite 1000000000000000000000000000000000000	开修曰時
a) Additional (a - a) b) Additional (b) B) b) Additional (b) B) B) B) b) B) B) B) B) b) B) B) B) B) b) B)<	【書発 令和6年1月中旬予定 (詳細は受護決定時にお知らせいたします。)
	査習 令和6年2月23日(金・祝) 午前の邸(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
min (1)(1)(7))? [20] (20] (20] (20] (20] (20] (20] (20] (
************************************	#W インデマンド配信(令和6年1月中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きます)) ◎ 20 ☆ ## ☆ ☆ 11
	2月回 安徳港65年 (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15倍グランドコンフォレンスセンター Branne()
	※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。
	※漢習については、事務局で午前の郎または午後の郎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。
	2日
明710 (1) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2	
KT (U & DOWNEETENDERSON) KE (D & DOWNEETENDERSON (D	
Organization Exo Sequencing Exo Serve: (************************************	以下(1)(2)の条件を至く減にすもの (1)東京駅のの病院之で有味物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
- ⁻	O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
(の知識解やみとついについては、知識能に適望される気好たすメールに認めに知から特徴を行うここが可能です。 のや説解体がやいついては、不能知識すなールのご適味ください。 (中心解析が生かしんについては、不能知識すなールのご適味ください。 (中心解析が生かしんについては、不能知識すなールのご適味ください。 (中心解析が生かしんについては、不能知識すなールのご適味ください。 (中心解析が生かしんについては、不能知識すなールのご適味ください。 (中心解析が生かしんについては、不能知識すなールのご適味ください。 (中心解析が生かしんについては、不能知識すなールのご適味ください。 (中心解析が生かしんについては、不能知識すなールのご適味く、 (中心解析が生かしたいいういう) (中心解析が生かしたいいういう) (中心解析が生かしたい) (中心解析が生かしたい) (中心解析が生かします。 (中心解析が生かしたい) (中心解析が生かしたい) (中心解析が生かしたい) (中心の中心に) (中心解析が生かします) (中心解析が生かします) (中心解析が生かしたい) (中心解析が生かします) (中心解析が生かします) (中心解析が生かします) (中心解析が生かします) (中心解析が生かします) (中心解析が生かしまう) (中心解析が生かしま) (中心解析が生かしま) (中心解析が生かしま) (中心解析が生かしま) (中心解析が生かしたい) (中心解析が生かしたい) (中心解析が生かしま) (中心が生かしま)	マイクと力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お受望可能です。スマートフォンによる受望の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受護を推奨します。)
0 中辺築勝谷 ? ゆり ビリビル い じ に 、 下 記 型 当 な マ ノル で ご 遅 ゆ い ご ご ぼ い ご ご ご ご ご ご ご ご ご ご ご ご ご ご ご	0.9.2.2.7.7.2.2.7.7.7.7.7.7.7.7.7.2.2.3.mmについて、インスクロションにはなったのでは、からして、Mining Concerns Concerns Concerns Concerns
0 中心も熱かべ見るとぷる 味らい まま できない ゆうべ ご い ぎ い き 知道 の 可 に つ い て は 1 2 月中に ご 進船 い た し ま が 「 新史 単 和 高 新き 熱気 秋天 加 ら か ら い か ら い た い う か ら 知道 取 が か か 山 戸 新 る 管 理 監 首 わ び う い う と 記 し み 送 り く ご か い い か ら か い か ら か い か ら か い か う か ご か い か ら か い か う か ご か い か ら か い か う か ご か い か う か ご か い か い か う か ご か い か い か う か ご か い か う か ご か い か い か い か い か い か い か い か い か い	O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。
	O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。
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議可能です。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(介護者人保健施経・粘 例表題者人木-ム等に勤務プレンと支援できません。)。 マローの研修は、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議可能です。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(介護者人保健施経・粘 例表題者人木-ム等に勤務プレンと支援できません。)。 マローの研修は、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議可能です。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(介護者人保健施経・粘 例表題者人木-ム等に勤務プレンと支援ができません。)。 マローの研修は、「東京都看護が認知症対応力向上研修工」の修了者のみ受講可能です。「東京都看護が認知症対応力向上研修工」を修了していますか。 マローの研修は、「東京都石道師認知症対応力向上研修工」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工」を修了していますか。 マローの研修は、「東京都石道師認知症対応力向上研修工」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工」を修了していますか。 マローの研修工具の作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工」を修了していますか。 マローの研修工具の作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工」を修了していますか。 マローの研修工具の作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工」を修了していますか。 マローの使用の読むすた。 マローの使用の読むすた。「東京都看護師認知道が応力向上研修工」を修了していますか。 マローの使用の読むすた。「東京都看護師認知道が応力向上研修工」を修改すの。「東京都有意的現在が応力向上研修工」を修正のます。」 マローの見ています。 マローのためのしいずれにも参加可能ですか。 レローな思 ローな思 C5. 受講希望者の意味書を入してください。 PS Q5. 受講師者のために、 マローの使用の読述ですれています。 マローの使用の読述です。 マローの情報でする。 ローの使用の使用の使用の使用の使用の使用の使用の使用の使用の使用の使用の使用の使用の	【問合せ先】 東京都 福祉局 高齢者施策推進部
(福盛館へため、メールの存在に「や和3年度東京都看護術認知度対応力向上明像皿について」と記載しお送りください、メールの存在に「や和3年度東京都看護術認知度対応力向上明像皿について」の記載が40.場合、お問合せを受けてさないことがございます。) 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諾可能です。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(介護者人保健施設・名別養護者人木_ム等に勤務されていると受諾できません。)。 Cuv Q2. この研修は、「東京都看護師認知度対応力向上研修工」の修了者のみ受諾可能です。「東京都看護師認知度対応力向上研修工」を修了していますか。 Cuv Q3. F記の受諾環境が整っていますか。 マイクとカメラが内蔵された「バソコン」 (パンターネット環境、マイクとカメラが内蔵された「バソコン」 (パンコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受諾可能です。、スマートフォンによる受諾の場合は、パケット通信料が発生するため、WI-FI環境での受諾を推奨します。) Cuv Q4. 濃富について、午前の部または午後の部のいずれにも参加可能ですか。 にい Q5. 受諾希望者の氏名を入力してください。 EA 山田 太郎 EA2フリカナ ヤマダ タロウ Q6. 受諾希望者の電話書号を入力してください。	在宅支援課 認知症支援担当 S1140603@section.metro.tokyo.jp
Q1. com///eki,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(介護者人保健施設・特別審議者人ホーム等に勤務されていると受講できません。)。 ULL Q2. com//eki、「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。 Q3. F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//Vコン> (パ/V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、パケット通信制が発生するため、WI-FI環境での受講を推奨します。) Q4. 満習について、午前の部または午後の部のいずれにも参加可能ですか。 にい Q5. 受講希望者の氏名を入力してください。 反5. 受講希望者の電話番号を入力してください。	(確認識れを防ぐため、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皿について」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皿について」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。)
はい Q3. FüRの受誘環境が整っていますか。 ・インターネット環境・ ・インターネット環境・ ・インターネット環境・ ・イクシクーネット環境・ ・イクシクーネット環境・ ・インターネット ・インターネット ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	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。)。
Q2. この研修は、「東京都看護師認知症対応力向上研修工」の修了者のみ受諾可能です。「東京都看護師認知症対応力向上研修工」を修了していますか。 (はい Q3. 下記の受諾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した/バリコン、 (パリコン、ダブレット、オートフォンいずれでも受諾可能です。スマートフォンによる受諾の場合は、パケット通信料が発生するため、WI-Fi環境での受諾を推奨します。) (はい Q4. 旗雷について、午前の部または牛後の部のいずれにも参加可能ですか。 (ほい Q5. 受諾希望者の氏名を大してください。 氏名 山田 太郎 氏名フリガナ ヤマダ タロう Q6. 受諾希望者の電話書を大してください。	a()
גיי איליס-אי איגעליי איליס-אי איגעליי איליס-אי איגעליי איליס-אי איגעליי איליס-אי איגעליי איליס-אי איגעלי איגעליי איגעליי איגעליי איגעליי איגעליי איגעל איגעל	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。
Q3.下記の受請環境が整ってまか。 ・インターネット環境 ・マイクとカメラが内蔵されド/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請可能です。スマートフォンによる受請の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受請を推奨します。) はい Q4. 演習について、午前のおいずれにも参加可能ですか。 にい Q5. 受請希望者の氏名を大してください。 K8 山田 太郎 Q6. 受請希望者の電話書も大してください。	
Q3. Fi2io 受諾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ドソコン (パワコン、タブレット、スナートフォンいずれでも受諾可能です。スマートフォンによる受諾の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受諾を推奨します。) はい Q4. 演習について、午前のよびれにも参加可能ですか。 G4. 演習について、午前ののいずれにも参加可能ですか。 G5. 受諾希望者の氏名を入してください。 F4 山田 太郎 G5. 受諾希望者の電話署号を大してください。	
・マイクとカメラが内蔵された/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. 受講希望者の電話書号を入力してください。	Q3. 下記の受講環境が整っていますか。
(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、午前の部志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してください。 氏名 山田 太郎 ビタブリガナ ヤマダ タロう Q6. 受講希望者の電話書号を入力してください。	・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
はい Q4. 演習について、午前のおまたは午後のおのいずれにも参加可能ですか。 はい Q5. 受議希望者の氏名を入してください。 氏名 0 山田 太郎 氏名 つリガナ ママダタロウ Q6. 受議希望者の電話書号を入してください。	(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。)
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てください。 氏名 山田 太郎 氏名フリガナ ママダ タロウ Q6. 受講希望者の電話書号を大力してください。	ġ()
はい Q5.受議希望者の氏名を入してください。 氏名 山田 太郎 氏名フリガナ ヤマダタロウ Q6.受議希望者の電話書号を入力してください。	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。
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 ママダ タロウ Q6. 受講希望者の電話番号を入力してください。	ġ()
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。	Q5. 受講希望者の氏名を入力してください。
E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。	氏名 山田太郎
Q6. 受講希望者の電話番号を入力してください。	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。

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・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。 病使 (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。 修了証書号は、研修修了証書の右上 1,234 に記載されています。不明な場合は 空暖で結構です。
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。 <i></i>
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。
一 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 研修皿について」 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皿について」 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。)
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。 フロッキッチ
Q27. 甲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 症対応力向上研修皿について」 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皿について」 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。)
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 → 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。

● 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 朝除しないでください。 <mark>必須</mark>	よ、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
● 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. S114060 対応力向上研修皿について」 と記載しお送りください。メ ざいます。) 必須 ④ 了解しました。	3@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。(確認 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	8週れを防ぐため、メールの件名に 「令和5年度東京都看護師認知症 8回について」 の記載がない場合、お問合せを受付できないことがご
Q28. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合な	・ がございます。 受講の可否については 1 2月中にご連絡いたし	ます。 <u>必須</u>
• ● 了解しました。		
	→確認画面へ進む 入力内容を一時保存する)
asuko_Uono@member.metro.tokyo.jp	33 / 128 Yasuko_Oono@member.m	etro.tokyo.jp 33 / 12
025.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。必ず控える	を保存してください。 必須
● 了解しました。		
26. 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
創除しないでください。 必須		
 了解しました。 		_
)27. 申込期間終了後のキャンセルについては、S 入力内	「 ドトナレ」 容を一時保存しました。次回問じブラウザーでアクセスした際に、続きから再開するこ	とができます。 メールの件名に「今和5年度東京都看護師認知症
「「「「「」」」、「」」、「」」、「」」、「」、「」、「」、「」、「」、「」、「		記載がない場合、お問合せを受付できないことがご
		_
5 111-04-012		
28. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合は	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	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	
1023/11/13 (月) 19-51		
io-reply@logoform.jp オームIRI のご客内 - 今和5年度東京都着護師認知識対応力向上研修111受講用	BiX	
A TOLEOCHE 3 DAT 2 LICK WAY TO MERINA SOUTH VIEW THIS THIS PARTY		当初の申請 URL
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	への返信はできません。	再アクセスします
3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 まだ完了しておりません。本文をお読みの上、お手続きを続行してください	i願いいたします。 ^₀	
レアドレス認証が完了しました。 Fの URL にアクセスしてフォームへの回答をか研究したた。		



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皿について」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皿について」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。)。

4 年度東京都看護師認知症対応力向上研修111受講申込		
🖬 入力フォーム		
ال کې 🖉 🖉 کې 🖉		3 完了
送信完了		
お申込みありがとうございました。	< 受付番号: TS00000734 > ■入力内容を印刷する	



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]

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請可能です。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請可能です。スマートフォンによる受請の場合は、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: <u>Yamada@gmail.com</u>

▼ 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: <u>Taro@gmail.com</u>

▼ 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I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、<u>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</u>「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修皿について」 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皿について」 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。) メールアドレス: <u>Yasuko_Oono@member.metro.tokyo.jp</u>

▼ 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、<u>\$1140603@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</u>「令和5年度東京都看護師認知症対応力向上研修皿について」 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皿について」 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。) 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皿について」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皿について」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
\sim	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]
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

以下のために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」

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 እ	2 Bà	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 必间 TS00000734		
		10 / 16

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		
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	

年度東京都看護師認知症対応力向上研修III受講申込		
■ ■ 市ま状況照会フォーム		
🖉 کړ	- 	3 結果
結果		
申請を取り消しました。		