**各回申込期限までに以下までお申し込みください。**

**茨城県保健政策課国民健康保険室あて　E-mail：koso11@pref.ibaraki.lg.jp**

**参加申込書**

**「令和４年度　茨城県重症化予防事業保健指導従事者研修会」**

◆以下について御回答をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加申込回 | □　第１回　令和４年10月14日（金）　申込期限：令和４年 ９月28日（水）□　第２回　令和４年11月 １日（火）　申込期限：令和４年10月12日（水）□　第３回　令和５年 １月23日（月）　申込期限：令和４年12月27日（火） |
| 職場名 |  |
| 代表者連絡先・Zoom招待・資料等送付 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  |
| E-mail |  |
| 参加端末台数 | 　　　　　台 |
| PC台数 | Zoomアカウント名 | 当日連絡先（※研修受講場所の電話番号（内線含む）を記載） |
| １台目 |  | 所属：氏名：TEL ： |
| ２台目 |  | 所属：氏名：TEL ： |
| ３台目 |  | 所属：氏名：TEL ： |

※市町村（又は職場）ごとに参加者取りまとめの上、お申し込みください。Zoom招待や資料送付は代表者あて御連絡します。

※お手数ですが、参加申込回ごとに参加申込書を御提出ください。

※別紙については、ロールプレイ等を行う関係から参加端末ごとに御記入ください。

（別紙）参加端末ごとに御記入ください。**（１台目）**

**【参加者について】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 氏名 | 職種（○で囲む） |
| １ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |
| ２ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |
| ３ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |

※適宜行を追加して御記入ください。

**【オンライン（Zoom）による通信環境について】**

Ｑ１．インターネットに接続する予定の機器を、次の中から選択してください。（複数選択可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | タブレット（iPad、Windows等） | ⇒『Q２』へ |
| □ | パソコン | ⇒『Q３』へ |
| □ | 持っていない又は接続できない | ⇒『Q４』に状況を御記入ください。　　　　　　　　　（後日、研修会事務局より御連絡いたします。） |

Ｑ２．『Q1』で「タブレット」と回答した方にお聞きします。※画面が小さいため、参加は１台２名が限度※

　　　御使用のデバイスとマイク・インカメラについて、次の中から選択してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □iPad | □Android | □Windows | □その他（　　　　　　　　　　　） |
| マイク　　： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |
| インカメラ： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |

Ｑ３．『Q1』で「パソコン」と回答した方にお聞きします。

※PCインカメなら１台で２名から３名が限度※

※別カメラでスクリーンに投影、会議室等で参加形態なら２名以上OK。ロープレ時はカメラに近い位置へ移動※

　御使用のデバイスとマイク・インカメラについて、次の中から選択してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □Windows | □Mac | □その他（ | 　　　　　　　　　） |
| マイク　　： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |
| インカメラ： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |

Ｑ４．その他、御意見などがあればお知らせください。

|  |
| --- |
|  |

（別紙）参加端末ごとに御記入ください。**（２台目）**

**【参加者について】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 氏名 | 職種（○で囲む） |
| １ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |
| ２ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |
| ３ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |

※適宜行を追加して御記入ください。

**【オンライン（Zoom）による通信環境について】**

Ｑ１．インターネットに接続する予定の機器を、次の中から選択してください。（複数選択可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | タブレット（iPad, Windows等） | ⇒『Q２』へ |
| □ | パソコン | ⇒『Q３』へ |
| □ | 持っていない又は接続できない | ⇒『Q４』に状況を御記入ください。　　　　　　　　　（後日、研修会事務局より御連絡いたします。） |

Ｑ２．『Q1』で「タブレット」と回答した方にお聞きします。※画面が小さいため、参加は１台２名が限度※

　　　御使用のデバイスとマイク・インカメラについて、次の中から選択してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □iPad | □Android | □Windows | □その他（　　　　　　　　　　　） |
| マイク　　： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |
| インカメラ： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |

Ｑ３．『Q1』で「パソコン」と回答した方にお聞きします。

※PCインカメなら１台２名から３名が限度※

※別カメラでスクリーンに投影、会議室等で参加形態なら２名以上OK。ロープレ時はカメラに近い位置へ移動※

　御使用のデバイスとマイク・インカメラについて、次の中から選択してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □Windows | □Mac | □その他（ | 　　　　　　　　　） |
| マイク　　： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |
| インカメラ： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |

Ｑ４．その他、御意見などがあればお知らせください。

|  |
| --- |
|  |

（別紙）参加端末ごとに御記入ください。**（３台目）**

**【参加者について】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 氏名 | 職種（○で囲む） |
| １ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |
| ２ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |
| ３ |  |  | 保健師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士薬剤師・その他（　　　　　） |

※適宜行を追加して御記入ください。

**【オンライン（Zoom）による通信環境について】**

Ｑ１．インターネットに接続する予定の機器を、次の中から選択してください。（複数選択可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | タブレット（iPad, Windows等） | ⇒『Q２』へ |
| □ | パソコン | ⇒『Q３』へ |
| □ | 持っていない又は接続できない | ⇒『Q４』に状況を御記入ください。　　　　　　　　　（後日、研修会事務局より御連絡いたします。） |

Ｑ２．『Q1』で「タブレット」と回答した方にお聞きします。※画面が小さいため、参加は１台２名が限度※

　　　御使用のデバイスとマイク・インカメラについて、次の中から選択してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □iPad | □Android | □Windows | □その他（　　　　　　　　　　　） |
| マイク　　： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |
| インカメラ： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |

Ｑ３．『Q1』で「パソコン」と回答した方にお聞きします。

※PCインカメなら1台2-3名限度※

※別カメラでスクリーンに投影、会議室等で参加形態なら2名以上OK。ロープレ時はカメラに近い位置へ移動※

　御使用のデバイスとマイク・インカメラについて、次の中から選択してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □Windows | □Mac | □その他（ | 　　　　　　　　　） |
| マイク　　： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |
| インカメラ： | □使用可 | □使用不可 | □不明・わからない |

Ｑ４．その他、御意見などがあれば、お知らせください。

|  |
| --- |
|  |