

記入日： 月 日

ふりがな 氏名	男	生年月日(西暦) 年 月 日生 歳
	女	資格 ・保健師 ・助産師 ・看護師 ・准看護師
自宅現住所	〒 _____ 自宅 又は携帯 Tel: ()	
	自宅最寄駅【 _____ 線 _____ 駅】(施設実習時のため)	

就業中の方	現在の勤務先に関する こと	施設名			
		住所	〒 _____	Tel: ()	
		勤務部署	1. 訪問看護ステーション 2. 病棟(_____ 科) 3. 外来 4. その他(_____)		
		入職	. _____ 年 _____ 月 入職		
		現在の職位	1. 管理職 2. 所長 3. 師長 4. 主任 5. スタッフ 6. (_____)		
		看護職歴	施設名	勤務部署	就職期間(西暦)
			_____	_____	_____年 _____月 ~ _____年 _____月
			_____	_____	_____年 _____月 ~ _____年 _____月
			_____	_____	_____年 _____月 ~ _____年 _____月
			_____	_____	_____年 _____月 ~ _____年 _____月
	通算経験年数	1. 保健師(_____ 年) 2. 助産師(_____ 年) 3. 看護師(_____ 年) 4. 准看護師(_____ 年)			
	訪問看護職としての経験	1. あり(_____ 年 _____ 月) 2. なし			
	介護支援専門員の資格	1. あり 2. なし			

離職中の方	離職期間	年 _____ 月 _____	求職者番号(必須) K-	
	看護職歴	施設名	勤務部署	就職期間(西暦)
		_____	_____	_____年 _____月 ~ _____年 _____月
		_____	_____	_____年 _____月 ~ _____年 _____月
		_____	_____	_____年 _____月 ~ _____年 _____月
	通算経験年数	1. 保健師(_____ 年) 2. 助産師(_____ 年) 3. 看護師(_____ 年) 4. 准看護師(_____ 年)		
	訪問看護職としての経験	1. あり(_____ 年 _____ 月) 2. なし		
介護支援専門員の資格	1. あり 2. なし			

受講動機			
------	--	--	--

・記入上の注意: 該当の事項は○で囲み記入漏れのないように

・申込時の注意: 「推薦書(様式Ⅱまたは様式Ⅲ)1通」添付。84円切手貼付の長形3号封筒1枚同封(*施設から応募の場合は1施設に付1枚で可)

推 薦 書

東京都ナースプラザ 所長 殿

【研 修 名】

No.53 訪問看護師育成基本コース(29日間)

勤務施設名

推薦候補者名
(受講希望者)

推薦順位

※同施設で受講希望者が複数名いる場合は
上記推薦候補者についての推薦順位を記入
(施設から1名応募の場合は「1」と記入)

【上記候補者についての推薦理由】

上記の者を「訪問看護師育成基本コース(29日間)」研修受講者として推薦いたします。
なお、受講の際は全日程出席できるように業務の調整をいたします。

2020 年 月 日

施 設 名

推 薦 者 役 職

氏 名

印

自己推薦書

東京都ナースプラザ 所長 殿

【研修名】

No.53 訪問看護師育成基本コース(29日間)

受講希望者名

求職者番号 K-

【自己推薦理由】 研修を受講し、「訪問看護師としてどのように活用していきたいか」をご記入ください。

私は「訪問看護師育成基本コース(29日間)」研修の受講を希望いたします。
なお、受講の際は全日程出席できるようにいたします。

2020年 月 日

住 所

氏 名 印