

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
個人電話番号 (自宅または携帯)		※漢字は正しくご記入ください ※勤務先は不可

現在の勤務先に関する こと	施設名 ※病院以外	※この研修の受講対象は 「病院以外の施設にご勤務」の方です	
	住所	〒 _____	Tel: (_____) _____
	勤務部署	・具体的にお書きください→(_____)	
	現在の職位	・西暦 _____ 年 _____ 月 より下記職位 1. 管理職 2. 所長 3. 師長 4. 主任 5. スタッフ 6. (_____)	
	勤務部署の 実習受入状況 (1もしくは2の どちらか選択)	1. 受け入れている(↓受け入れている学校に○を付けてください) ・看護大学 ・看護短期大学 ・看護師学校(3年課程) ・看護師学校(2年課程) ・看護師学校(通信制) ・准看護師学校 ・高等学校 看護科 ・その他(_____)	
	実習指導体制	2. 今後受け入れ予定である → (_____)年より受け入れ予定 or 受け入れ時期未定 1. 専任の実習担当者がいる 2. 専任の実習指導者はいない	

個人に関する こと	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)		
	看護専門 最終学歴	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 保健師養成所 <input type="checkbox"/> 助産師養成所 <input type="checkbox"/> 看護師養成所(統合カリキュラム) <input type="checkbox"/> 看護師養成所(3年課程) <input type="checkbox"/> 看護師養成所(2年課程全日制・定時制) <input type="checkbox"/> 看護師養成所(2年課程通信制) <input type="checkbox"/> 高等学校・高等学校専攻科5年一貫校 <input type="checkbox"/> 高等学校専攻科 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		学校名	就学期間(西暦) _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 卒業	
	看護職歴	施設名	勤務部署	就職期間(西暦) _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
	実習指導者 としての経験	1. あり(_____ 年 _____ 月) 2. なし		

受講動機

推 薦 書

東京都ナースプラザ 所長 殿

【研 修 名】

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】

2020年 月 日

施 設 名

推薦者役職

氏 名

印