

記入日: 月 日

氏名	ふりがな	生年月日(西暦)	電話番号 (自宅又は携帯)
	男・女 ※漢字は正しくご記入ください	年 月 日生	
メールアドレス ※個人のアドレスをご記入ください(勤務先代表は不可)		資格 ・保健師 ・助産師 ・看護師 ・准看護師	
		eナースセンター登録番号 K-	

※eナースセンター登録についてはHP「ナースプラザ研修:対象者」を参照

就業中の方	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. ()			
		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()ヶ月 2. なし				
介護支援専門員の資格	1. あり 2. なし				

離職中の方	最近の離職期間	年 月			
	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()ヶ月 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: 記入(選択)漏れのないように

★申込時の注意: 「推薦書(様式ⅠまたはⅡ)1通」添付。84円切手貼付の長形3号封筒1枚(*施設からの応募は、1施設に付1枚)同封

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)

(施設申込数)

推 薦 順 位

人 中 第

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)

上記の者を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。

【推薦理由】

年 月 日

施 設 名

推薦者役職

氏 名

自己推薦書

東京都ナースプラザ 所長 殿

【研修名】

No.55 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。

2022年 月 日

住 所

氏 名