

受講希望記入 ・第1回(5/16～7/12開催) ・第2回(8/19～10/7開催) ・第3回(10/27～12/21開催) ※「2022年度研修計画(冊子P7、P14・一覧表)」記載の日程に誤りがありました。正しい日程は上記となります。 ※ 受講を希望する回数(第1希望から第3希望まで)と、施設内での推薦順位をお書きください。 ・第1希望 (第 回) ・第2希望 (第 回) ・第3希望 (第 回) ・施設内での推薦順位(受講優先順位) : 「 人」中の第「 位」 ← 「推薦書に記入」と同じ順位	記入日 月 日
	申込み締切日 2022年 3月25日(金)

氏名 ふりがな ※漢字は正しくご記入ください	男 ・ 女	生年月日(西暦) 年 月 日生 歳	電話番号 (自宅又は携帯)
	資格 ・保健師 ・助産師 ・看護師		

自宅最寄駅 【 線 駅】(病院見学実習を行う場合の情報として)

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) 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

現在の勤務先に関する こと	施設名 病床数【 床】
	住所 〒 () Tel: () 東京都
	勤務部署 1. 病棟(科) 2. 外来(科) 3. その他()
	職位 1. 師長(年より) 2. 主任(年より) 3. スタッフ(年より) ※ ()内はその職位についての年度を西暦でお書きください
	施設の実習受入状況 (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() 2. 今後受け入れ予定である → ① ()年より受け入れ予定 ② 受け入れ時期未定
実習指導体制 1. 専任の実習指導担当がいる 2. 専任の実習指導担当はいない	

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年過程) <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年過程通信制) <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
実習指導者としての経験 1. あり(年 ヶ月) 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)添付。申込み人数に応じた切手貼付の角形2号封筒(1施設に付1枚)同封

※【指導案作成(演習)】に関しては、研修中ガイダンスで説明し、立案する領域の希望を調査させていただきます。

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