

記入日： 月 日

研修について

\*この研修は「施設からの申込み」のみです。施設で(まとめて)お申込みください。

\*受講対象は ① 2021年度「新人看護職員3日間研修」受講者  
② 都内中小規模施設に就労する、実務経験2年程度の保健師・助産師・看護師  
・①②とも上司推薦要  
・応募多数は①が優先

\*下記表の「A 受講希望回」欄にはそれぞれの回に「第1希望」「第2希望」と記入(両回数を「第1希望」にはできません)

\*下記表の「B 推薦順位」欄には、『受講対象②』施設のみ、この研修の応募者について、施設内の受講優先順位を記入

回数	研修開催日等		A 受講希望回 (第1、第2希望)	B 推薦順位 (今回応募者内) ※受講対象②施設のみ	申込み 締切日
	日程	研修日			
1回目	・7月21日(木)・7月22日(金)	2日間		位	6月13日 (月)
2回目	・8月9日(火)・8月10日(水)	2日間		位	

【※第1希望に「1」、第2希望に「2」とお書きください】

※年2回分を一括募集、一括締切

氏名	ふりがな	生年月日(西暦)	電話番号 (自宅又は携帯)
	男 ・ 女	年 月 日生 歳	
資格		資格	
※漢字は正しくご記入ください		・保健師 ・助産師 ・看護師	
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: ( )		
	勤務部署	1. 病棟( 科) 2. 外来 3. その他( )			
	看護職としての 入職	西暦 年 月に現在の勤務先に入職			
	※現在の勤務先が看護職として初めて入職		※「いいえ」の場合、その理由をお書きください。		
1. はい		2. いいえ ( )			
個人に関する こと	免許取得	*取得している免許は全て記入(取得見込みも含む)			
		・保健師 ・助産師 ・看護師 ・準看護師			
		西暦 年 月 西暦 年 月 西暦 年 月 西暦 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		

★記入上の注意: 記入(選択)漏れのないように ★申込時の注意: 84円切手貼付の「長形3号封筒(1施設に付1枚)」を同封

< 推薦者又は教育担当者 >

役職名

氏名