

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 2020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3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、施設内の推薦順位を記入

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	・1月12日(木)・1月13日(金)	2日間		位	12月5日 (月)
2回目	・2月16日(木)・2月17日(金)	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	
	※漢字は正しくご記入ください	資格 ・保健師・助産師・看護師・准看護師	
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 西暦 年 月 西暦 年 月 西暦 年 月 西暦 年 月 ・助産師 西暦 年 月 西暦 年 月 西暦 年 月 西暦 年 月 ・看護師 西暦 年 月 西暦 年 月 西暦 年 月 西暦 年 月 ・准看護師 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