

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	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	
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 ※病院以外	※この研修の受講対象は 「病院以外にご勤務」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() 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. 専任の実習担当がいる 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(総合カリキュラム) <input type="checkbox"/> 看護師養成所(3年過程) <input type="checkbox"/> 看護師養成所(2年過程全日制・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
		・	:	: 年 月 ~ 年 月
	・	:	: 年 月 ~ 年 月	
	・	:	: 年 月 ~ 年 月	
	・	:	: 年 月 ~ 年 月	
実習指導者 としての経験	1. あり(年 ヶ月) 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)

(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