

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、免許取得後、2022年度に初めて就労した都内施設に勤務する・保健師・助産師・看護師・准看護師						
*下記表の「①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「②推薦順位」欄には、この研修の応募者について、施設内の受講優先(推薦)順位を記入						
*受講者の方は、9月頃に病院実習を行いますので、4種(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎)抗体価の基準値以上の確認をお願いします。						
回数	研修開催日等			①	②	申込み締切日
	日程	内容他	研修日	受講希望回 (第1、第2希望)	推薦順位 (今回応募者内)	
1 回目	・6月14日(火)・15日(水)・16日(木)	・講義(3日目は演習)	計 7日間		位	4月4日 (月)
	・9月頃に病院実習3日間 ※8月末までに、4種抗体価を基準値以上必須	※日程詳細については受講 決定後にお知らせします				
	・2023年1月17日(火)	・講義				
2 回目	・7月13日(水)・14日(木)・15日(金)	・講義(3日目は演習)	計 7日間	○	位	6月10日 (金)
	・9月頃に病院実習3日間 ※8月末までに、4種抗体価を基準値以上必須	※日程詳細については受講 決定後にお知らせします				
	・2023年2月1日(水)	・講義				

※1回目の募集は終了しています。
2022/4/14

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	
メールアドレス ※個人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

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 ()
関 す 個 人 こ に 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)	
		西暦	西暦
		・保健師 年 月	・助産師 年 月
			・看護師 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: 94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