

記入日： 月 日

氏 名	ふりがな	男	生年月日(西暦)	電話番号 (自宅又は個人)
		・	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	
住 所	〒		自宅の最寄り駅(見学実習のための参考)	
	※保険加入時に必要のため、個人住所を正しく記入してください		線 駅	
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(※記入必須) K-	

就 業 中 の 方	施 設 名				
	施設住所	〒 東京都		Tel: ( )	
	勤務部署	1. 訪問看護ステーション 2. 病棟( 科) 3. 外来 4. その他( )			
	入 職	・ 年 月 入職			
	現在の職位	1. 管理職 2. 所長 3. 師長 4. 主任 5. スタッフ 6. ( )			
		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
通算経験年数	1. 保健師( 年) 2. 助産師( 年) 3. 看護師( 年) 4. 准看護師( 年)				
訪問看護職としての経験	1. あり( 年 ヶ月) 2. なし				
介護支援専門員の資格	1. あり 2. なし				

離 職 中 の 方	自宅住所	〒 東京都		最近の離職期間	
	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
	通算経験年数	1. 保健師( 年) 2. 助産師( 年) 3. 看護師( 年) 4. 准看護師( 年)			
	訪問看護職としての経験	1. あり( 年 ヶ月) 2. なし			
介護支援専門員の資格	1. あり 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またはⅡ)1通」添付。84円切手貼付の長形3号封筒1枚(\*施設からの応募は、1施設に付1枚)同封

# 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】

2023年 月 日

施 設 名

推薦者役職

氏 名

# 自己推薦書

東京都ナースプラザ 所長 殿

【研 修 名】

No.55 訪問看護師育成基本コース(29日間)

受講希望者名

求職者番号

K-

【自己推薦理由】 研修を受講し、「訪問看護師としてどのように活用していきたいか」をご記入ください。

私は「訪問看護師育成基本コース(29日間)」研修の受講を希望いたします。  
なお、受講の際は全日程出席できるようにいたします。

2023年 月 日

住 所

氏 名