

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)
		・ 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		
住所	〒 ※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		自宅の最寄り駅(見学実習のための参考) 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			
						年 ヶ月			
	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	
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