

<p>受講希望記入 ・第1回(5/15～7/19 開催) ・第2回(8/16～10/4 開催) ・第3回(10/16～12/7 開催)</p> <p>※ 受講を希望する回数(第1希望から第3希望まで)と、施設内での推薦順位をお書きください。</p> <p>・第1希望 (回) ・第2希望 (回) ・第3希望 (回)</p> <p>・施設内での推薦順位(受講優先順位) : 「 」人中の第「 」位 ← 「推薦書に記入」と同じ順位</p>	記入日
	月 日
申込み締切日 3月31日(金)	

氏名	ふりがな	男	生年月日(西暦)		電話番号 (自宅又は携帯)
		女	年 月 日生 歳	資格	
※漢字は正しくご記入ください					・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(※記入必須)		
K-					

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(科) 3. その他()				
	職位	1. 師長(年より) 2. 主任(年より) 3. スタッフ(年より)				
	施設の実習受入状況 (1もしくは2のどちらかを選択)	<p>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)</p> <p>・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)</p> <p>・看護師学校(通信制) ・准看護師学校 ・高等学校 看護科</p> <p>・その他()</p> <p>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</p>				
実習指導体制	1. 専任の実習指導担当がいる 2. 専任の実習指導担当はいない					
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(統合カリキュラム) <input type="checkbox"/> 看護師養成所(3年課程) <input type="checkbox"/> 看護師養成所(2年課程全日制・定時制) <input type="checkbox"/> 看護師養成所(2年課程通信制) <input type="checkbox"/> 高等学校・高等学校専攻科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				
実習指導者としての経験	1. あり(年 ヶ月) 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)添付。申込み人数に応じた切手貼付の角形2号封筒(1施設に付1枚)同封
※【指導案作成(演習)】に関しては、研修中ガイダンスで説明し、立案する領域の希望を調査させていただきます。

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