

記入日： 月 日

研修について

*この研修は「施設から」と「個人から」と、どちらでもお申込みができます。(個人申込みは往復はがき使用)

- *受講対象は ① 2022年度「新人看護職員7日間研修」受講者 (※対象の施設へは事前連絡致します)
② 都内施設に就労する、実務経験2年程度の助産師・保健師・看護師・准看護師

・①②とも上司推薦要
・応募多数は①が優先

*下記表の「A 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「B 推薦順位」欄には、『受講対象②』施設のみ、この研修の応募者について、施設内の受講優先順位を記入

回 数	研 修 開 催 日 等		A 受講希望回 (第1、第2希望)	B 推薦順位 (今回応募者内) ※受講対象②施設のみ	申込み 締切日
	日 程	研修日			
1回目	・ 8月 8日(火) ～ 8月 9日(水)	2日間		位	6月26日 (月)
2回目	・10月 5日(木) ～ 10月 6日(金)	2日間		位	

〔※第1希望に「1」、第2希望に「2」とお書きください〕

※年2回分を一括募集、一括締切

氏 名	ふりがな	男・女	生年月日(西暦)	電話番号 (自宅又は携帯)
			年 月 日生 歳	
			資格 ・保健師 ・助産師 ・看護師 ・准看護師	
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	〒 東京都	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				
個人に関する こと	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 西暦 西暦				
		・保健師 年 月 ・助産師 年 月 ・看護師 年 月 ・准看護師 年 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		

★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