

記入日： 月 日

氏名	ふりがな ※漢字は正しくご記入ください	男 ・ 女	生年月日(西暦) 年 月 日生 歳 資格 ・保健師 ・助産師 ・看護師	電話番号 (自宅又は携帯)
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 ※病院以外	※この研修の受講対象は「病院以外にご勤務」の方です					
	住所	〒 東京都				Tel: ()	
	勤務部署	・具体的にお書きください→ ()					
	現在の職位	・西暦 年 月 より下記職位					
		1. 管理職	2. 所長	3. 師長	4. 主任	5. スタッフ	6. ()
	勤務部署の実習受入状況 (1もしくは2のどちらか選択)	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) ・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) ・看護師学校(通信制) ・准看護師学校 ・高等学校 看護科 ・その他()					
実習指導体制	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						
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(総合カリキュラム)		<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						
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
	・ : :		年	月	~	年	月
実習指導者としての経験	1. あり(年 ヶ月) 2. なし						

受講動機

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