

記入日： 月 日

氏 名	ふりがな	男	生年月日(西暦)	電話番号 (自宅又は携帯)
		・	年 月 日生 歳	
	※漢字は正しくご記入ください	女	資格 ・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事	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	〒 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() 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			
	実習指導体制	1. 専任の実習担当がいる 2. 専任の実習指導者はいない			
個人に関する事	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		
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