

記入日： 月 日

氏名	ふりがな _____ 男	生年月日(西暦) 年 月 日生 歳	電話番号 (自宅又は個人)
	_____ 女 ※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-

※「eナースセンター」登録について(P3参照)

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. ( )			
	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
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 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】

2024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.56 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。

2024年 月 日

住所

氏名