東京都ナースプラザ
【２０２４年度】
研修申込用紙

№２２　実習指導者研修（31日間）

様式 Ⅵ

受講希望記入 ・第1回（5月～7月 開催）・第2回（8月～10月 開催）・第3回（10月～12月 開催） ※ 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。 ・第1希望（　　回）　・第2希望（　　回）　・第3希望（　　回） ・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	記入日 月　日 申込み締切日 3月25日（月）

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 K-	

※「eナースセンター」登録について（P3参照）

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（　　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） ※（　）内はその職位についた年度を西暦でお書きください
	施設の実習受入状況 （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. 専任の実習指導担当者がいる　2. 専任の実習指導担当者はいない
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	□大学院　□大学　□短期大学 □保健師養成所　□助産師養成所 □看護師養成所（統合カリキュラム）　□看護師養成所（3年課程） □看護師養成所（2年課程全日制・定時制）　□看護師養成所（2年課程通信制） □高等学校・高等学校専攻科5年一貫校　□高等学校専攻科 □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頂きます。

様式Ⅰ

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