東京都ナースプラザ
【２０２４年度】
研修申込用紙

# No.２１ 保健師・助産師・看護師 実習指導者研修（特定分野７日間）

様式 V

記入日： 月 日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏 名 | ふりがな<br><br>※漢字は正しくご記入ください | 男・女 | 生年月日（西暦）<br>年 月 日生 歳<br>資格<br>・保健師 ・助産師 ・看護師 | 電話番号<br>（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）<br>K- | |

※「eナースセンター」登録について（P3参照）

<table>
<tr><td rowspan="6">現在の勤務先に関すること</td><td>施 設 名<br>※病院以外</td><td>※この研修の受講対象は<br>「病院以外にご勤務」の方です</td></tr>
<tr><td>住 所</td><td>〒<br>東京都<br>Tel: （ ）</td></tr>
<tr><td>勤務部署</td><td>・具体的にお書きください→（ ）</td></tr>
<tr><td>現在の職位</td><td>・西暦 年 月 より下記職位<br>1. 管理職 2. 所長 3. 師長 4. 主任 5. スタッフ 6.（ ）</td></tr>
<tr><td>勤務部署の実習受入状況<br>（1もしくは2のどちらか選択）</td><td>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）<br>・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）<br>・看護師学校（通信制） ・准看護師学校 ・高等学校 看護科<br>・その他（ ）<br>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</td></tr>
<tr><td>実習指導体制</td><td>1. 専任の実習担当者がいる 2. 専任の実習指導者はいない</td></tr>
<tr><td rowspan="4">個人に関すること</td><td>経験年数</td><td>1. 保健師（ 年） 2. 助産師（ 年） 3. 看護師（ 年） 4. 准看護師（ 年）</td></tr>
<tr><td>看護専門最終学歴</td><td>☐大学院 ☐大学 ☐短期大学<br>☐保健師養成所 ☐助産師養成所<br>☐看護師養成所（総合カリキュラム） ☐看護師養成所（3年課程）<br>☐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）<br>☐高等学校・高等学校専攻5年一貫校 ☐高等学校専攻科<br>☐その他（ ）<br>学校名 就学期間（西暦）<br>年 月 ～ 年 月 卒業</td></tr>
<tr><td>看護職歴</td><td>施設名 勤務部署 就職期間（西暦）<br>・ : : 年 月 ～ 年 月<br>・ : : 年 月 ～ 年 月<br>・ : : 年 月 ～ 年 月<br>・ : : 年 月 ～ 年 月</td></tr>
<tr><td>実習指導者としての経験</td><td>1. あり（ 年 ヶ月） 2. なし</td></tr>
</table>

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。84円切手貼付の長形3号封筒1枚同封（*1施設に付1枚）

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