

記入日： _____ 月 _____ 日

※お申込みには①②が必要です

①このお申込み用紙・推薦書（様式Ⅱ・P35）・返信用封筒の郵送 ②Webから受講者本人のお申込み

氏名	ふりがな
	※漢字は正しくご記入ください

※この研修の受講対象は「病院以外にご勤務」の方です

現在の勤務先に関する こと	施設名 ※病院以外	
	住所	〒 _____ Tel: _____ () _____ 東京都
	勤務部署の 実習受入状況 (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	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
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(統合カリキュラム) <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
	実習指導者 としての経験	1. あり(_____ 年 _____ ヶ月) 2. なし

受講動機

<推薦者又は教育担当者>

氏名: _____ Tel: _____

メールアドレス: _____

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】

2026年 月 日

施設名

推薦者役職

氏名

2026年度 研修応募方法の変更について

例年と手続きが異なりますので、下記内容をご確認の上、お申し込みください。

◎専用申込用紙による研修申込について



専用申込用紙のみ



①専用申込用紙



②個人によるWeb申込み



・専用申込用紙による研修は全て「①専用申込用紙」と「②個人によるWeb申込み」に変更になります。
※①②の両方と返信用封筒が必要です。①はホームページからダウンロードできます。

- ・№7 新人看護職員研修
- ・№18 熟達看護教員ブラッシュアップ研修（2日間）
- ・№19 保健師・助産師・看護師 実習指導者研修（特定分野7日間）
- ・№20 実習指導者研修（31日間）
- ・№52 訪問看護師育成基本コース（29日間）
- ・№58 看護補助者研修

◎往復はがきの廃止について



往復はがき



封書（様式Ⅰ）
※ホームページからダウンロード

・これまでの往復はがきによる申し込みは、様式Ⅰを用いた封書による申し込みに変更になります。
・受講可否については、メールでお返事を差し上げます。



※電話・FAXによる応募は受け付けておりません。



Webからの申込みが便利です。

◎2年目・3年目看護職員研修について



専用申込用紙



個人によるWeb申込みのみ



・これまで使用していた専用申込用紙は廃止となります。個人によるWeb申込みのみとなります。

応募前に、研修案内冊子およびホームページの内容を必ずご確認ください

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

☎ 東京都ナースプラザ 研修係直通 03-6304-2077