

記入日： _____ 月 _____ 日

お申込みについて

*この研修は「施設からの申込み」のみです。個人で申込みことはできません。
2024年度より看護補助者の方もeナースセンターへの登録が可能になりました。

施設名	病床数【 _____ 床】		
施設住所	〒 _____ 東京都 _____	Tel:	(_____) _____

↓複数名お申込みの場合は、受講優先順位(推薦順位)をご記入ください。

受講 優先順位 (推薦順位) ()位	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日生 _____歳
	就業の場所 1. 病棟(_____科) 2. 外来 3. その他(_____)	※漢字は正しくご記入ください	電話番号(自宅又は携帯)
	主な業務	※下記一覧より選択し番号を記入してください	実務年数 _____年
	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-

受講 優先順位 (推薦順位) ()位	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日生 _____歳
	就業の場所 1. 病棟(_____科) 2. 外来 3. その他(_____)	※漢字は正しくご記入ください	電話番号(自宅又は携帯)
	主な業務	※下記一覧より選択し番号を記入してください	実務年数 _____年
	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-

受講 優先順位 (推薦順位) ()位	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日生 _____歳
	就業の場所 1. 病棟(_____科) 2. 外来 3. その他(_____)	※漢字は正しくご記入ください	電話番号(自宅又は携帯)
	主な業務	※下記一覧より選択し番号を記入してください	実務年数 _____年
	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-

[主な業務]

1. 病床および病床周辺の清潔・整頓
2. 病室環境の整備
3. リネンの管理
4. 身体の清潔に関する世話
5. 排泄に関する世話
6. 食事に関する世話
7. 安全・安楽に関する世話
8. 移動・移送に関する世話
9. 検査・処置等の伝票類の準備、整備
10. 診療に必要な書類の整備・補充
11. 診療に必要な機器・器具等の準備、片づけ
12. 診療材料等の補充・整理
13. 入退院・転出入に関する世話
14. その他

★記入上の注意: 記入(選択)漏れのないように

★申込時の注意: 110円切手貼付の「長形3号封筒(1施設に付1枚)」を同封

< 推薦者又は教育担当者 >

役 職 名

氏 名