

記入日： 月 日

研修について

*この研修は「施設からの申込み」のみです。施設で(まとめて)お申込みください。

- *受講対象は、免許取得後、2025年度に初めて就労した都内施設に勤務する看護職
- *下記表の「受講希望回」欄に「○」をしてください

回数	研修開催日程等			受講希望回	申込み締切日
	日程	内容他	研修日		
1 回目	・6月17日(火) ・7月9日(水)	・講義/演習	計 7日間		5月8日(木)
	・8月8日(金) ・9月2日(火)				
	・10月24日(金) ・11月12日(水)				
	・2026年1月20日(火)				
2 回目	・6月27日(金) ・7月23日(水)	・講義/演習	計 7日間		
	・8月22日(金) ・9月16日(火)				
	・10月30日(木) ・11月26日(水)				
	・2026年2月10日(火)				

※年2回分を一括募集

氏名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日(西暦) 年 月 日生 歳
	※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
電話番号(自宅又は携帯)			eナースセンター登録番号【必須】 K-
メールアドレス【必須】 ※個人のアドレスを正しくご記入ください(勤務先代表は不可)			
免許	*取得している免許は全て記入(取得見込みも含む)		
	西暦 ・保健師 年 月	西暦 ・助産師 年 月	西暦 ・看護師 年 月 西暦 ・准看護師 年 月

現在の勤務先に関する こと	施設名	病床数【 床】
	住所	〒 東京都
	電話番号	
	勤務部署 ※科名を記載	1. 病棟(科) 2. 外来(科) 3. その他()
	病棟名	※本人に連絡をする際の呼び出し病棟名をお書きください(例:西新5階病棟 等)
	看護職としての 入職	西暦 年 月に現在の勤務先に入職
	※現在の勤務先が看護職として初めて入職 ※「いいえ」の場合、その理由をお書きください。 1. はい 2. いいえ ()	

< 推薦者又は教育担当者 >

連絡先

連絡メールアドレス

役職名

氏名

※応募時、下記書類を同封してください

研修申込用紙(様式Ⅲ)

返信用封筒(長形3号封筒:110円切手貼付)