

記入日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※このお申込みには①②が必要です

①この申込み用紙・推薦書（様式 I・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: _____ ( ) _____
	勤務部署の 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( _____ )
	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(総合カリキュラム) <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 _____ 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】

2025年 月 日

施 設 名

推薦者役職

氏 名