

記入日： 月 日

氏名	ふりがな	男	生年月日(西暦)
	※漢字は正しくご記入ください	女	年 月 日生 歳
住所	〒		Tel: (自宅又は個人) Tel: ()
	※保険加入時に必要なため、個人住所を正しくお書きください		自宅の最寄り駅(見学実習のための参考) 線 駅
メールアドレス ※個人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-

※「eナースセンター」登録について(P3参照)

就業中の方	施設名	
	施設住所	〒 Tel: () 東京都
	勤務部署	1. 訪問看護ステーション 2. 病棟(科) 3. 外来 4. その他()
	入職	年 月 入職
	現在の職位	1. 管理職 2. 所長 3. 師長 4. 主任 5. スタッフ 6. ()
	通算経験年数	1. 保健師 (年 ヶ月) 2. 助産師 (年 ヶ月)
		3. 看護師 (年 ヶ月) 4. 准看護師 (年 ヶ月)
	訪問看護職としての経験	1. あり (年 ヶ月) 2. なし
介護支援専門員の資格	1. あり 2. なし	

離職中の方	現在の離職期間	年 ヶ月
	通算経験年数	1. 保健師 (年 ヶ月) 2. 助産師 (年 ヶ月)
		3. 看護師 (年 ヶ月) 4. 准看護師 (年 ヶ月)
	訪問看護職としての経験	1. あり (年 ヶ月) 2. なし
介護支援専門員の資格	1. あり 2. なし	

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ⅡまたはⅢ)1通」添付。110円切手貼付の長形3号封筒1枚(*施設からの応募は、1施設に付1枚)同封

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

自己推薦書

東京都ナースプラザ 所長 殿

【研修名】

No.55 訪問看護師育成基本コース(29日間)

受講希望者名

求職者番号 K-

【自己推薦理由】 研修を受講し、「訪問看護師としてどのように活用していきたいか」をご記入ください。

私は「訪問看護師育成基本コース(29日間)」研修の受講を希望いたします。
なお、受講の際は全日程出席できるようにいたします。

2025年 月 日

住 所

氏 名