

記入例

受講申込書

ふりがな		生年月日		性別	職種			
氏名					保健師・助産師・ 看護師から選択			
連絡先	現住所	〒						
	電話番号	※受講希望者と直接連絡のとれる電話番号（携帯）	メールアドレス	※所属のメールアドレスではなく、受講希望者個人のメールアドレス				
勤務先情報	施設名	（例）〇〇大学医学部附属病院、医療法人〇〇会〇〇老人保健施設 など						
	所在地	〒						
	電話番号		現在の勤務病棟及び科名	（例）消化器外科病棟、東〇階病棟（〇〇科と〇〇科の混合）				
	職名	看護師長、副看護師長、主任、スタッフ など選択肢から該当するものを選ぶ	講習会受講後の職（役割）	専任で担当、看護業務との兼務、実習指導を行う予定なしなど選択肢から該当するものを選ぶ				
専門学歴（看護職に関する学歴を直近のものから記入）								
学校名		学部、学科（ない場合は入力不要）		卒業年月（和暦）				
（最終の専門学歴） （例）国立大学法人〇〇大学		（例）医学部看護学研究科看護学専攻 修士課程		（例）平成30年3月				
（その前の専門学歴） （例）〇〇市医師会〇〇高等看護学校		（例）看護学科（3年課程） 2年課程定時制* *学科名がない場合は課程のみ入力		（例）平成28年3月				
（その前の専門学歴） （例）〇〇市医師会立〇〇准看護学校		看護師養成所を卒業している場合は、課程も記載してください		（例）平成25年3月				
職歴（直近のものから現職も含んで記入）		施設名称		在職期間（和暦）				
（例）〇〇大学医学部附属病院		消化器外科病棟		平成28年4月 から 現在まで				
（例）医療法人〇〇会〇〇クリニック		外来		平成25年4月 から 平成28年3月まで				
		専門学歴は最終学歴から順に上段から入力、 職歴は現職から順に上段から入力してください		から まで				
看護経験年数	保健師	〇年	助産師	〇年	看護師	7年	准看護師	3年
	実習指導経験の有無		あり	実習指導経験年数		5年		
受講動機の提出		※ファイルをアップロードできます						

(特定分野)記入例 受講申込書

ふりがな		生年月日		性別	職種			
氏名					保健師・助産師・ 看護師から選択			
連絡先	現住所	〒						
	電話番号	※受講希望者と直接連絡のとれる電話番号（携帯）	メールアドレス	※所属のメールアドレスではなく、受講希望者個人のメールアドレス				
勤務先情報	施設名	（例）〇〇大学医学部附属病院、医療法人〇〇会〇〇老人保健施設 など						
	所在地	〒						
	電話番号							
	職名	看護師長、副看護師長、主任、スタッフ など選択肢から該当するものを選ぶ	講習会受講後の 職（役割）	専任で担当、看護業務との兼務、実習指導を行う 予定なしなど選択肢から該当するものを選ぶ				
専門学歴（看護職に関する学歴を直近のものから記入）								
学校名		学部、学科（ない場合は入力不要）		卒業年月（和暦）				
（最終の専門学歴） （例）国立大学法人〇〇大学		（例）医学部看護学研究科看護学専攻 修士課程		（例）平成30年3月				
（その前の専門学歴） （例）〇〇市医師会〇〇高等看護学校		（例）看護学科（3年課程） 2年課程定時制* *学科名がない場合は課程のみ入力		（例）平成28年3月				
（その前の専門学歴） （例）〇〇市医師会立〇〇准看護学校		看護師養成所を卒業している場合は、課程 も記載してください ・3年課程 ・2年課程全日制、定時制 ・2年課程通信制		（例）平成25年3月				
職歴（直近のものから現職も含んで記入）		施設名称		職期間（和暦）				
（例）医療法人〇〇会〇〇老人保健施設				平成28年4月 から 現在 まで				
（例）医療法人〇〇会〇〇クリニック		外来		平成25年4月 から 平成28年3月 まで				
		専門学歴は最終学歴から順に上段から入力、 職歴は現職から順に上段から入力してください		から まで				
看護 経験 年数	保健師	0年	助産師	0年	看護師	7年	准看護師	3年
	実習指導経験の有無		あり	実習指導経験年数		5年		
受講動機の提出		※ファイルをアップロードできます						