

令和5年度 新人看護職員研修「研修責任者・教育担当者・実地指導者研修」受講申込書

【申込先】 Fax 0956-23-8212 Mail nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp HP http://nagasaki-kango-career.com

【申込締切】7月20日(木)

申込日: 年 月 日

フリガナ 氏名		年齢		歳	
メールアドレス					
職種		保健師・助産師・看護師		実務経験年数: 年	
勤務先	フリガナ 名称	設置主体		病床数	
	フリガナ 所在地	〒			
		TEL		FAX	
	役割等	所属(勤務部署): 職位: 現在の役割:○をつけ、ご記入下さい。 1. 研修責任者:()担当している ()担当する予定である(いつ頃から:) 2. 教育担当者:()担当している ()担当する予定である(いつ頃から:) 3. 実地指導者:() 4. その他:()			
研修会受講状況	研修名(人材育成等に関する研修のみ)		受講年月日		主催者
受講動機					
学習課題 (この研修で何を学びたいか)					
上司の推薦 役職名 氏名					

※ ご案内は、該当施設へ別途お送りします。

※ 決定通知あり。提出書類に基づき、書類選考により適当と認めるものを決定し、施設長あてに通知する。