

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】6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:()		
研究会受講状況	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。